



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES  
JOURNAL  
DE  
L'ALIÉNATION MENTALE  
ET DE  
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

## L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

---

FONDATEUR

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF

HENRI COLIN

Médecin en chef honoraire de l'Asile Clinique (Ste-Anne)

---

DOUZIÈME SÉRIE — TOME DEUXIÈME

QUATRE-VINGT-QUATRIÈME ANNÉE

---



90152

PARIS

MASSON ET C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, Boulevard Saint-Germain (6<sup>e</sup>)

---

1926





ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES  
JOURNAL  
DE  
L'ALIÉNATION MENTALE  
ET DE  
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

---

ÉLOGE DE BALL (BENJAMIN)  
(1834-1893)

---

« On ne doit aux morts, disait Condorcet, que ce qui peut être utile aux vivants, la justice et la vérité. » Les louanges ne formaient pas seules le fond de ses éloges, et il avait coutume d'exprimer, sans ambages, tout ce qu'il savait, tout ce qu'il pensait. Si la tâche, ainsi comprise, est parfois troublante, il n'en saurait être de même aujourd'hui, et j'ai accepté, sans hésiter, de vous parler d'un maître qu'une longue fréquentation et des causeries familières m'ont appris à bien connaître. Rien n'est à dissimuler de sa vie droite et laborieuse, et sur lui, en toute justice, la vérité est bonne à dire.

Je parlerai moins de l'œuvre que de l'homme et du milieu où il a vécu. L'œuvre écrite demeure à la portée de tous, mais l'homme intime est un livre qui se ferme à la mort. Seuls des amis dévoués peuvent en exhumer quelques feuillets ; eux disparus tout est fini.

Benjamin Ball naissait à Naples, le 20 avril 1834, d'un père anglais et d'une mère de nationalité suisse, et c'est sans doute à ses origines qu'il devait la facilité avec laquelle il s'exprimait en plusieurs langues. Venu jeune à Paris, il fut un brillant élève du lycée Bonaparte et entreprit ses études médicales. Reçu interne des hôpitaux le 20 décembre 1855, il entra, à Bicêtre, dans le service de Moreau de Tours. Le hasard devait faire de moi, l'année même de sa mort, le dernier interne de cet élève d'Esquirol, de ce maître affable et charmant. Ce fut à la Salpêtrière, à une époque où la limite d'âge n'était pas encore appliquée à tous ; il était dans sa quatre-vingtième année, mais, affaibli physiquement, il gardait intacte sa belle intelligence et se plaisait à parler longuement du passé. Lorsque Ball était son interne, il se trouvait en pleine période d'activité productrice, et il l'engagea à publier un cas d'hallucinations de l'ouïe traitées avec succès par le hachisch. Dans sa jeunesse, au cours d'un voyage en Orient, il s'était intéressé aux vertus de la pâte merveilleuse, dont se servait, dit-on, le Vieux de la Montagne pour procurer à ses fidèles les rêves extatiques qui subjuguèrent leur volonté. De retour à Paris, il poursuivait ses recherches, faisant des expériences sur lui-même et sur des amis. Billoz, alors étudiant, invité à un déjeuner à la ferme Sainte-Anne, et désireux d'observer le spectacle offert par les autres convives, ne prit qu'une dose minime de hachisch, et n'éprouva pas d'hallucinations, mais il se sentait attiré malgré lui vers une tapisserie, et dut lutter contre un violent désir de la mettre en morceaux.

Ball soutient sa thèse inaugurale en 1862, est

nommé agrégé en 1866, médecin des hôpitaux en 1870. Il reste pendant quatre ans, à l'infirmerie spéciale de la Préfecture de Police, assistant de consultation d'un des plus brillants élèves de Jean-Pierre Falret, Lasègue, et sur ses conseils, fait à la Faculté de médecine un cours complémentaire sur les maladies mentales. Cet enseignement officiel manquait depuis la suppression, en 1823, du cours confié, quelques années auparavant, à Royer-Colard. C'est seulement en 1875 que fut décidée la création d'une chaire spéciale, et il fallut attendre quatre ans pour l'inscription au budget des fonds nécessaires. Mais il s'agissait de désigner le titulaire. Baillarger, pressenti, s'était refusé en raison de son âge, et beaucoup d'aliénistes se déclaraient partisans de Magnan, dont les leçons attiraient à Sainte-Anne un public nombreux. Auguste Voisin posait également sa candidature, et Lasègue soutenait celle de Ball. Charcot, en exposant les titres des candidats, insistait sur la nécessité de désigner, non seulement un spécialiste, « mais un homme d'une instruction étendue et solide dans les autres parties de la pathologie médicale ». Présenté en première ligne le 22 mars 1877, Ball était nommé le 18 avril. Une question primordiale demeurait en suspens ; le nouvel enseignement serait-il donné à la Salpêtrière ou à Sainte-Anne ? Après de longs pourparlers ce fut Sainte-Anne qui l'emporta. La leçon inaugurale eut lieu le 16 novembre 1879 ; elle avait pour titre : La médecine mentale à travers les siècles. Pour guider les élèves dans leurs études, il les engageait à conserver le respect des ancêtres, le culte de l'observation clinique, et le scepticisme, c'est-à-dire « cette vertu négative qui

consiste à ne jamais accepter un fait sans le vérifier, une idée sans la discuter ». Le nouveau professeur était un érudit d'une mémoire prodigieuse; il s'exprimait facilement, avec simplicité. Le public affluait à ses leçons, et il s'établit, entre les chefs des deux écoles rivales, une émulation certainement favorable aux élèves, mais sans grande aménité dans les rapports réciproques. On avait vu de même, à la Salpêtrière, se presser les fidèles de Jean-Pierre Falret et de Baillarger.

Par une anomalie singulière, le titulaire de la chaire des maladies mentales n'avait pas obtenu la direction officielle du service de Sainte-Anne, et la signature était confiée au chef de clinique, nommé à cet effet médecin des asiles. Le premier fut Doutribente. Les hommes de ma génération ont bien connu ce neveu de Baillarger et de Lunier, au visage coloré, au verbe haut, débordant de vie et d'énergie. C'était un sympathique et il sut conquérir des amitiés nombreuses, sincères et fidèles. Il eut aussi des adversaires, et récolta même des inimitiés, car les discussions scientifiques ne suffisaient pas à son activité, et la politique l'attirait. Cependant, sous une enveloppe de lutteur, se cachait un tempérament hypersensible et émotif. Quand on ne peut supporter avec indifférence et sans souffrir les critiques et les attaques, est-il sage de délaissér, même passagèrement et pour quelques satisfactions éphémères, les régions sereines de la science ?

Il ne resta qu'un an à la Clinique et partit pour Blois où s'écoula toute sa carrière. Son successeur fut Régis, ce Languedocien que la Guyenne a adopté. Quand on a connu Régis, et on ne pouvait

le connaître sans l'aimer, on ne saurait oublier cette nature ardente, généreuse, expansive, cette voix sonore qui s'élevait dans toutes les discussions. Ce fut sans conteste un grand aliéniste, et pour bien juger sa réputation mondiale, on n'a qu'à lire les articles nécrologiques écrits sur lui à l'étranger. Il a porté au loin le renom de la psychiatrie française, et ce n'est pas le moindre mérite de Ball d'avoir été le maître d'un tel élève.

Jusqu'en 1881, les principaux travaux de Ball avaient paru dans les *Annales médico-psychologiques* et la *France médicale*. Il fondait alors l'*Encéphale* avec son ami Luys. Ce journal, dont la durée fut de neuf années, comptait, parmi ses collaborateurs aujourd'hui disparus, Motet, Chambard, Rousseau, Marandon de Montyel, Doutrebente, Régis et Vallon. Ball y publia de nombreux articles, parmi lesquels on peut citer, au hasard, les impulsions intellectuelles, les familles des aliénés, la folie de la puberté, la folie gemellaire, la torpeur cérébrale, l'épilepsie avec conscience, le goître exophtalmique, les troubles intellectuels dans la paralysie agitante. Les deux directeurs de l'*Encéphale* différaient en toute chose. J'ai bien connu Luys, ayant été son interne à la Charité. Grand, portant beau, élégamment vêtu, les cheveux et les favoris soigneusement peignés, très mondain, il avait, bien qu'affable et cordial dans les relations journalières, une haute idée de sa personnalité, et manifestait un certain dédain pour l'opinion des autres. Ball était, au contraire, la modestie et la simplicité mêmes. Sa bienveillance était extrême, et je puis en donner un exemple. Un étudiant devait comparaître, je ne sais plus pour quel examen, devant un jury, sui-

vant lui redoutable, et dont Ball faisait partie ; il me fit prier d'intervenir en sa faveur. Le lendemain de l'examen, Ball me dit : « J'avais oublié le nom de votre candidat, aussi je les ai tous reçus. » J'appris par la suite que ce jeune candidat qui, sans doute n'était ni très calé, ni très courageux, n'avait pas osé, au dernier moment, affronter le jury ; les autres avaient, sans le savoir, bénéficié de la recommandation. Pour bien connaître Ball, il fallait l'avoir fréquenté, et il eut été impossible d'émettre une appréciation juste quand on l'apercevait pour la première fois, petit de taille, la barbe et les cheveux longs, le nez proéminent, et cheminant d'un air distrait, un foulard autour du cou et le parapluie à la main. Mais un sujet quelconque parvenait-il à l'intéresser, aussitôt cette physionomie indifférente était illuminée par l'intelligence du regard. Dans la conversation, c'était un charmeur. Il n'était pas, comme son ami Luys, un mondain, et se plaisait surtout dans son intérieur et sa bibliothèque. Au contraire toute villégiature lui était foncièrement antipathique, et si parfois il s'absentait, c'était pour faire plaisir aux siens. Le réveil dans un lieu champêtre, me disait-il un jour, équivaut pour moi à une fessée matinale.

Plutôt timide, réservé et naturellement peu combattif, il n'hésitait pas à soutenir résolument toute cause juste. C'est ainsi qu'en 1887, il protestait, à l'Académie de médecine, contre les attaques violentes et absurdes dont les aliénistes étaient l'objet dans la presse et même au Parlement. Il s'agissait d'un jeune homme, appartenant à une famille très connue, et dont l'internement était préjudiciable à certains intéressés. Un ordre du Préfet

de Police l'avait mis en liberté, malgré les réserves de Jules Falret, qui s'était refusé à assumer une semblable responsabilité. Peu de jours auparavant le malade prétendait avoir de nombreux millions, être poisson, posséder la double respiration des amphibies et l'urine d'un demi-dieu. La veille même de son départ, il déclarait pouvoir interner dans la maison de santé pour six mois, par la seule puissance de sa volonté, Charcot et Motet. C'est ce délirant que des journalistes disaient sain d'esprit et séquestré arbitrairement ; ils n'hésitèrent pas à publier un récit où il signalait les tentatives criminelles dont il avait été l'objet dans la maison de santé, les injections hypodermiques destinées à troubler sa raison, les gaz toxiques projetés à travers les fissures du plancher, les liquides corrosifs ingurgités de force. « On pourrait croire, remarquait Ball, que le simple bon sens suffit pour faire justice de ces attaques insensées, et pourtant il n'en est rien. Il est aujourd'hui démontré que la probité la plus incontestable, l'abnégation la plus absolue et les plus vastes connaissances scientifiques, ne suffisent pas pour défendre un savant des accusations les plus invraisemblables, s'il est médecin et s'il a le malheur de s'occuper des aliénés. » Il appartenait au professeur des maladies mentales de défendre publiquement des collègues stupidement vilipendés. Cependant on trouvera toujours des folliculaires disposés à mener de semblables campagnes, et comme il faut des nouveautés pour le public, peut-être s'en prendront-ils un jour aux services ouverts, les accusant, avec la même ardeur, d'accueillir des malades dangereux, justiciables d'un internement.

La Société médico-psychologique avait autrefois coutume de mettre à l'ordre du jour les sujets d'actualité, et de consacrer à leur étude le nombre de séances nécessaire. Elles étaient parfois fort animées. La discussion sur le délire chronique, engagée le 25 octobre 1886, ne se terminait qu'en 1888, ayant occupé treize séances. Cette maladie, suivant Magnan et Paul Garnier, affirme sa tendance à la chronicité par une évolution progressive, que caractérisent quatre périodes successives : incubation, systématisation des idées de persécution, délire des grandeurs et enfin démence. Ball repoussait cette conception de périodes enchaînées dans un ordre invariable. « Ce qui caractérise essentiellement, disait-il, le délire des persécutions, c'est l'abus de la logique, c'est la préoccupation systématique, c'est aussi et surtout l'autophilie, la tendance à tout rapporter à soi, c'est la rigueur systématique des conclusions, qui forme un si violent contraste avec l'impuissance à percevoir la réalité et à comprendre la véritable position des choses. » Repoussant l'expression, impropre suivant lui, de délire chronique, il demandait qu'on donnât à la maladie le nom de Lasèque, qui le premier l'avait décrite. Un des points les plus discutés avait été la période ultime, Ball soutenant, avec Falret et d'autres de ses collègues, que beaucoup de ces malades conservent, jusqu'à la fin, une véritable activité intellectuelle ; « la démence, disait-il, ne survient ni jamais ni toujours ». En effet, nous avons tous connu de ces vieux persécutés, internés dans nos maisons depuis un grand nombre d'années, qui n'offraient que l'apparence de la démence, et dont certaines réponses prouvaient la



persistance de l'intelligence ; au gré de leurs conceptions délirantes ils vivent dans un monde imaginaire et ont forgé un langage spécial dont la compréhension par les autres les laisse indifférents. On les prend pour des déments parce qu'on ne les comprend pas. D'ailleurs, s'il suffisait de créer un langage nouveau, difficile à saisir, pour être classé dans la démence, il faudrait en étendre aujourd'hui largement les frontières.

Une discussion sur la classification des maladies mentales devait occuper sept séances, de 1888 à 1889. La classification proposée par Magnan était formée d'états mixtes (paralysie générale, démence sénile, etc.) et de folies proprement dites (manie, mélancolie, délire chronique, folies intermittentes, folie des dégénérés, idiotie). Celle de Ball comprenait les folies, les démences et les arrêts de développement. Dans le premier groupe se trouvent les folies avec exaltation, avec dépression, avec périodes d'exaltation et de dépression, les folies intermittentes, le délire de persécution, les délires partiels, les folies toxiques, les folies névropathiques. Les démences se divisent en simple, organique, sénile, syphilitique et paralysie générale. Les arrêts de développement englobent l'idiotie, le crétinisme, l'imbécillité, la débilité mentale. Les classifications proposées n'ayant réuni, ni l'une ni l'autre, le nombre de voix nécessaire, la Société estima l'heure non encore venue, et décida de clore la discussion. Au mois d'août, de la même année, la question était soumise au Congrès international de médecine mentale, tenu à Paris, sous la présidence de Jules Falret, et la classification proposée par la Société de médecine mentale de Belgi-

que, et appuyée par Ball, était adoptée. Mais cette décision fut platonique et la plupart n'en tinrent aucun compte. Depuis cette époque d'autres classifications ont été présentées sans résultats pratiques, chacun estimant la sienne préférable aux autres, et peut-être en sera-t-il encore longtemps ainsi.

C'est alors que fut décidée la création d'un Congrès annuel de médecine mentale, et la première session eut lieu à Rouen, du 5 au 9 août 1890, sous la présidence de Ball. Elle fut brillante et ceux qui, d'avance, doutaient de sa réussite, partirent assurés des succès futurs. A la quatrième séance, Sollier avait demandé la jonction de la neurologie et de la psychiatrie ; Ball répondait que l'on devait rester soi-même, et la proposition fut rejetée. L'idée qui triompha trois ans après n'était pas encore mûre.

Ball ne considérait pas la manie et la mélancolie comme des maladies à part, mais comme de simples formes de délire, d'origines diverses et pouvant se rencontrer dans un grand nombre d'affections. Le domaine des folies sans désordres appréciables lui semble se rétrécir de plus en plus, et il pense « qu'il n'est pas un seul point de l'économie dont les lésions ne paraissent se traduire, chez les prédisposés, par un trouble psychique ». Il engageait les jeunes à étudier l'histoire des affections mentales, à observer soigneusement les malades et à ne point se laisser entraîner aveuglement par les hypothèses « dont l'éclosion, disait-il, est si rapide, et dont la vie est si éphémère ».

Parfois la folie lui semble emprunter le masque du rêve dont le caractère essentiel est l'hallucina-

tion, qui souvent se traduit en actes chez les alcooliques et les épileptiques. Parmi les hallucinés, « les uns, disait-il, conservent l'équilibre nécessaire pour juger leurs hallucinations, les autres en subissent toute l'influence. Les premiers sont sur la frontière de la folie, les seconds l'ont complètement franchie ». Il avait pourtant été troublé par cette question si souvent débattue : les hallucinés sont-ils toujours atteints de folie ? Il admettait que l'on doit tenir compte de l'éducation, du caractère, du milieu, des circonstances, et qu'il « ne suffit pas d'une simple hallucination, même acceptée par le jugement, pour caractériser l'aliénation mentale ». Néanmoins, ce fait, même coïncidant avec l'intégrité absolue du jugement, lui paraît une manifestation anormale de l'intelligence. Une conception toute différente a été soutenue par Bernheim ; suivant lui l'hallucination, transformation de l'idée en images, ne doit pas être regardée comme un état morbide, mais comme une propriété normale du cerveau, et l'on aurait tort de nier, contre toute évidence, l'évocation d'images sensorielles chez les sujets sains d'esprit. « La vérité, ajoute-t-il, est que nous sommes tous hallucinables et hallucinés pendant une grande partie de notre existence. » Christian ne va pas aussi loin, mais l'étude première de ces phénomènes ayant été faite par des aliénistes et chez des aliénés, il en serait résulté, d'après lui, des conclusions trop généralisées. Beaucoup de personnages célèbres furent ainsi tenus pour aliénés ; ce jugement lui semble erroné, et si toutes les apparitions citées dans les récits historiques peuvent être rangées parmi les états hallucinatoires, on n'en saurait déduire que

ces visionnaires étaient tous des aliénés. Un individu, élevé dans la croyance à la possibilité des apparitions, doit ajouter foi à une sensation réellement éprouvée. « Il se trompe, remarque-t-il, mais il ne sera pas fou. » A qui voudrait contester l'opinion de Christian, on pourrait opposer des faits d'actualité, ayant quelque similitude. Il est des hommes de haute valeur, qui assistent aux séances données par des médiums, et en sortent convaincus, parce qu'ils ont vu, parce qu'ils ont entendu. Doit-on pour cela traiter d'aliénés tous les zélateurs de la foi métapsychique ? Christian dirait sans doute qu'ils sont induits en erreur, et Ball penserait peut-être qu'ils ne sont pas tous dans un état absolument normal.

Sur les frontières de la folie, avec certains hallucinés, Ball place les hypochondriaques, les impulsifs, les mystiques, les obsédés, les vertigineux, les excentriques, les irritables, les sexuels, les inventeurs. Parmi les impulsifs il cite un de ses clients, qui ne résistait que par un violent effort de volonté au besoin de briser les glaces, de déchirer les billets de banque, de passer par la fenêtre et de tuer ses enfants. Se trouvant un jour dans son cabinet, ce malade lui dit : « Au moment même où je vous parle, j'éprouve un vif désir de vous étrangler, mais je me retiens. » Il était taillé en hercule, et Ball le vit s'éloigner avec plaisir.

Au point de vue médico-légal il signale les cas « où la raison et la folie semblent marcher parallèlement et se prêter, en quelque sorte, un mutuel appui ». Certains criminels ont agi avec préméditation, recourant aux précautions les plus minutieuses, mais on découvre chez eux une hérédité

morbide chargée ou des symptômes manifestes d'aliénation mentale. Les principes du droit commun lui paraissent alors partiellement applicables, mais seuls pourraient bénéficier de cette responsabilité limitée « ceux dont l'intelligence, fortement entamée sur un point, conserve, à d'autres égards, son intégrité ; et, même en pareils cas, la responsabilité ne s'adresse qu'aux points situés en dehors de ce délire limité ». Ils ne sauraient néanmoins, à son avis, échapper à toute pénalité, car s'ils n'ont pas une perception nette du bien et du mal, ils se rendent parfaitement compte du risque qu'ils encourent et de la répression qui les menace.

Ball avait étudié tout particulièrement le morphinisme et comptait, dans sa clientèle, un grand nombre de malades atteints de cette dangereuse passion. Il avait également constaté les méfaits de la cocaïne, encore imparfaitement signalés. Dans une note parue en 1886, Paul Garnier l'indiquait comme propre à combattre la morphinomanie et à hâter la désaccoutumance, et la crainte de voir un abus se substituer à un autre lui semblait hypothétique, l'usage de la cocaïne ne développant pas, d'après les faits publiés jusqu'alors, « cette disposition spéciale de l'organisme en vertu de laquelle il est sollicité désormais par un besoin impulsif qui engendre l'habitude ». A l'époque où Ball fit paraître son travail, on ne signalait guère de cas de cocaïnisme pur, et ce sont principalement des morphino-cocaïnomanes dont il a donné la description. Les caractères de cet état morbide sont des hallucinations multiples, portant principalement sur la vue, l'ouïe et la peau, des impulsions

irrésistibles et un délire à caractère de persécution avec confusion psychique. Le pronostic de la cocaïno-morphinomanie lui paraît plus grave encore que celui de la morphinomanie.

Ses ouvrages sur la folie érotique et le délire de persécution sont bien connus.

Il a fourni des articles au Dictionnaire Dechambre en collaboration avec Chambard, Ritti et Krishaber.

Ayant conservé son service à l'hôpital Laennec, il ne se croyait pas, à l'instar de quelques autres, un clinicien infailible, discutait volontiers le diagnostic au lit du malade, acceptait la controverse, et n'hésitait pas, à l'occasion, à en admettre la justesse. Partageant son temps entre les deux services, il emmenait, les jours de cours, son interne à Sainte-Anne, et durant le trajet conversait amicalement avec lui. Parfois, il cessait de parler, une idée semblait le captiver, et il demeurait indifférent à ce qui se passait autour de lui. Ces distractions étaient bien connues. Je l'ai vu s'égarer dans les couloirs de Laennec, qu'il parcourait pourtant depuis des années. Le jour de mon mariage, dont il était témoin, nous étions tous réunis, et il n'arrivait pas ; enfin, il parut et nous expliqua qu'ayant pris machinalement un escalier, il était monté jusqu'aux combles, avait erré d'étage en étage et regagné avec peine le rez-de-chaussée où se trouvait la salle des mariages.

Pour mieux faire profiter les étudiants de son enseignement, il avait réuni ses leçons en un volume qui eut deux éditions. On trouve ainsi le résumé succinct, clair, précis et élégamment écrit de la science mentale à cette époque. Il espérait produire

une œuvre plus complète, plus étendue, mais le souci d'un double service, ses fonctions à la Faculté, les consultations, le labeur intellectuel, avaient usé prématurément sa constitution, déjà peu vigoureuse, et tout en conservant les apparences de la santé, il se savait menacé. Un jour, en effet, Bouchereau l'avait rencontré près de l'Ecole de médecine, la figure angoissée, s'exprimant par gestes et incapable de s'orienter ; il l'accompagna et ces phénomènes si inquiétants se dissipèrent rapidement. Mais Ball ne se faisait aucune illusion ; l'issue fatale était certaine, à une date plus ou moins proche. Cependant il ne dit rien et personne autour de lui ne connut cet incident. Il se remit au travail avec la même ardeur, mais le moment vint où il dut renoncer à toute occupation active. Assister, en pleine conscience, à sa déchéance physique, et savoir que la mort vous guette, est une terrible croix ; et il pressentait la situation difficile où il laisserait les siens. Le 22 février 1893 il succombait, âgé de cinquante-huit ans.

Cette nature rêveuse, douce et pacifique, n'était pas faite pour la lutte, et c'est porté par les circonstances et pour ainsi dire malgré lui, qu'il devint chef d'un parti. Comme Vérone au temps des Capulets et des Montaigus, le monde aliéniste se trouva, pendant quelques années, divisé en deux clans ennemis. A Sainte-Anne, les partisans se pressaient aux cours des écoles rivales ; à la Société médico-psychologique, les séances étaient mouvementées, les élections disputées. Mais il est inutile de remuer des cendres, ces discordes sont si loin. Je préfère évoquer l'image de

l'homme foncièrement bon, qui ouvrait largement à ses élèves le foyer familial et dont l'intimité, dévoilant des horizons nouveaux, appelait de suite l'affection. Ceux qui l'avaient fréquenté n'oubliaient pas ce milieu hospitalier. Mme Ball est morte récemment, mais ses enfants restent. Celui que j'ai surtout connu, mon ami Albert Ball, était alors un écolier ; il a aujourd'hui de grands fils et saura leur apprendre qu'ils ont un nom à porter et à maintenir.

Je ne veux pas m'étendre davantage sur cette époque lointaine de ma jeunesse. A mesure que l'âge progresse, la sagesse commande de se contenter du présent, et de ne pas unir aux joies qui nous restent l'amertume des regrets ; cependant il est doux de jeter parfois un regard en arrière, et la vieillesse semble moins pesante à qui peut conserver le souvenir fidèle des amitiés passées.

René SEMELAIGNE.

---



# LE DOUTE DE SOI-MÊME

Par M. NATHAN

---

Le doute de soi-même représente, dans l'histoire du doute en général, un chapitre qui mérite d'être étudié à part et séparé du doute métaphysique et scientifique, du doute de sa propre existence, des états de délire interrogatifs, bien mis en valeur dans la récente monographie de Capgras et Abély, etc... Son étiologie, sa séméiologie, ses conséquences psychiques et psychiatriques lui donnent tous les droits à l'autonomie.

Nous définissons le doute de soi-même, comme, une inconfiance pénible du sujet en son moi, considéré au point de vue physique, psychique, intellectuel ou éthique. Nous insistons sur le caractère inquiet et pénible de ce doute, qui sans cet attribut se confondrait avec la résignation. Le douteur de lui-même, en effet, est loin d'être un résigné ; il oscille continuellement entre la confiance et l'inconfiance ; le douteur éthique ne fait pas exception à cette règle. Les oscillations distinguent ce genre de doute des idées de démerite et de culpabilité de la mélancolie qui elle ne doute pas, mais est intimement convaincue de la réalité de ses auto-accusations. Il en est de même de certains débiles, coupables par conviction, dont le Crainquebille d'Anatole France représente un type particulièrement suggestif.

Ainsi compris, le doute de soi-même est en général très partiellement justifié, mais ses causes sont singulièrement exagérées par le sujet dont les oscillations ascendantes, oscillations de confiance parfois exagérée, représentent comme les réactions de défense d'un amour-propre souvent très vivace. Un de nos malades,

grand douteur de lui-même, de son physique en particulier, très timide auprès des femmes, est désarmé par le moindre compliment ; à la moindre attention, il est tout près de se croire un Don Juan. Bien des douteurs intellectuels sont aussi mauvais teint et curables par quelques succès..., à titre temporaire, tout au moins. Toutefois, il faudrait se garder de généraliser, et surtout pour les douteurs éthiques intelligents, dont le doute est plus affectif que logique. Discutez avec eux, ils conviendront assez facilement que, si leur intelligence et leur raisonnement les absout, leur sensibilité les condamne et les torture. C'est un fait bien connu des directeurs de conscience catholiques, qui hésitent en pareil cas à donner l'absolution même après une pénitence, car, en cette occurrence, les sujets tombent forcément dans le péché qui consiste à persévérer dans le remords.

Ceci posé, le sujet ainsi délimité, nous étudions successivement, dans leurs causes, dans leurs symptômes et dans leurs conséquences, les doutes physique, intellectuel et éthique. Assurément tous les cas ne présentent pas cette systématisation et, en matière de doute de soi-même, certains sujets se montrent particulièrement éclectiques. Toutefois, les formes isolées nous semblent les plus fréquentes, de telle sorte que cette division, commode au point de vue didactique, répond sensiblement à la réalité.

### DOUTE PHYSIQUE

Le doute physique peut atteindre toutes les constitutions psychiques, même la constitution paranoïaque ; chacun y réagit suivant la gravité de sa tare et les désagréments qu'elle lui occasionne. Les plus spirituels et les mieux trempés tels un Cyrano, ne la supportent pas toujours sans quelque amertume et sans quelque fiel. Certains réagissent par l'orgueil de leur esprit, de leur intelligence ou de leur moralité ; les types grotesques de ces tendances sont représentés par la morgue d'un Triboulet ou le manque d'indulgence de la prude. Cependant, il est des êtres aimants et pas-

sionnés pour qui la disgrâce physique est réellement la tragique et les fait passer par ces alternatives de confiance et d'inconfiance si pénibles, auxquelles nous faisons allusion plus haut. Michel-Ange et Beethoven en sont des exemples particulièrement suggestifs : de même la Philiberte d'Emile Augier, dont la résignation à la laideur et à ses conséquences est aussi douloureuse que la crainte d'être trompée, lorsque sa sœur lui apprend qu'elle est « véritablement charmante ».

Si c'est un badinage, il est cruel, Julie,

dit-elle dans cette première scène qui expose le drame de façon si poignante.

Une observation fort démonstrative nous est fournie par le récent travail de Gilles et Carriat.

Un instituteur âgé de 41 ans présente une association de symptômes épileptiques, datant de l'âge de 17 ans, et de troubles anxieux. Il est affligé d'un pied bot congénital avec atrophie partielle du membre inférieur gauche. Une chute lui a aplati le nez. Ainsi disgrâcié, ce sujet s'est fait une loi de la chasteté et du respect de la femme, loi pénible en raison de son naturel ardent et passionné. Il s'est complètement adonné à son enseignement et aux œuvres post-scolaires. Mais une vie si peu en rapport avec ses tendances provoque des refoulements douloureux, qui se dérivent en rêves et rêveries érotiques. Il semble, et telle est également l'opinion des présentateurs, que l'érotisme et le doute physique de lui-même ne soient pas étrangers aux accidents comitiaux. La fierté de sa chasteté et de son intégrité morale sont des éléments d'auto-réhabilitation compensatrice. Survienne, chez un tel sujet, la moindre capitulation morale, c'est le désarroi complet, comme nous le verrons chez des sujets atteints de doute éthique. Il convient de noter également ses tendances imaginatives à type schizoïde qui le consolent de la réalité par le rêve. Moralité et rêve, voilà les deux modes de réaction employés par notre sujet à l'égard du doute physique de lui-même.

Deux causes interviennent encore, dans de nombreux cas, pour constituer le doute physique de soi-même : ce sont la masturbation chez de jeunes sujets et plus tard l'impuissance ou la diminution de la puissance sexuelle. Laforgue et Allendy ont longuement étudié cette dernière, montrant qu'elle est peut-être plus souvent d'ordre psychique, d'ordre de défiance de soi-même que d'ordre glandulaire. Un de nos malades attribuait, en effet, sa défiance de lui-même à ses premières pratiques onaniques qui remontaient à l'âge de onze ans. Il croyait, disait-il, son vice « inscrit sur son visage ». Plus tard une légère impuissance, une toison épaisse qui couvrait sa poitrine et son dos ajoutèrent encore à ses appréhensions. A plusieurs reprises, il se crut « aimé pour lui-même » malgré toutes ses libéralités ; la confiance en lui-même alla, dans ces conditions, jusqu'à l'hypomanie la plus exubérante. Il parlait avec abondance de ses succès. Les désillusions créaient bientôt la réaction inverse, sous forme de crises de dépression mélancolique. Il arrive à Paris fort désemparé ; des susceptibilités d'affaires le faisaient cruellement souffrir, car s'il se sentait quelque infériorité, il ne supportait pas qu'on la lui fit sentir. Il ne reprit son assiette psychique que lorsque, sur mon conseil, il prit pension dans une famille où il était traité avec beaucoup d'amitié. Son euphorie se manifesta par des audaces de timide qui, du reste, demeuraient toujours de bon ton.

Ce sujet se présente donc comme un cyclothymique avec fond psychasthénique, conforme aux descriptions de Raymond et Pierre Janet. Cette association est loin d'être rare et, avec Sollier et Dugas, nous pouvons dire qu'elle n'est pas fortuite ; elle est, à notre avis, commandée par un facteur commun : le doute de soi-même. Cette considération s'applique mieux encore au doute intellectuel, mais avant d'aborder ce chapitre nous voudrions dire quelques mots du doute de sa chance.

Celui-ci est réalisé par bien des éléments, parmi lesquels nous citerons plus particulièrement l'inconfiance en ses moyens physiques et intellectuels mais surtout

l'inconfiance en « ses atouts ». Les souvenirs d'enfance, l'éducation familiale, les propos tenus en présence du jeune sujet, les faveurs ou disgrâces du sort contribuent à donner, suivant l'expression populaire, « une mentalité de vainqueur ou de vaincu », c'est-à-dire l'optimisme ou le pessimisme. Le sujet présenté à la Société Médico-psychologique par le Professeur Claude et ses élèves Robin et Rubinovitch nous semble fort instructif à cet égard. L'expérience de la vie est en l'espèce le véritable maître ; quelques succès guériraient bien des pessimismes et comme disait Lélut, que de sujets seraient guéris par un peu de bonheur ! »

### DOUTE INTELLECTUEL

Le doute intellectuel épisodique est un fait assez courant, qui ne ressortit pas toujours de la pathologie. Sans pouvoir être taxés de cyclothymie, certains sujets après un surmenage intellectuel ou affectif, se croient à tout jamais incapables de produire une œuvre viable. Virgile n'a-t-il pas demandé à ses amis de détruire son *Enéide* ? Ces découragements, souvent temporaires résultent parfois de la révélation d'une œuvre à l'échelle de laquelle le sujet juge et méconnaît son œuvre propre ; chez d'autres, comme chez le héros de la « Galerie des Glaces » c'est la conscience exagérée des défauts, la mésestime des mérites qui crée des états anxieux au cours desquels l'inconfiance alterne avec la confiance. La jalousie envers ceux qu'ils admirent, intervient assez rarement. Insistons en revanche sur un élément primordial du doute intellectuel comme du doute physique : la conscience de travers réels que le sujet a tendance à exagérer. Cette caractéristique apparaît plus nettement encore dans les états, que nous appellerons des « états de doute partiels » dont l'observation suivante offre un type pour ainsi dire schématique.

Un financier étranger, d'une quarantaine d'années, présentait, dans son intérieur et dans le monde, une timidité, une anxiété irritable qui contrastait avec le calme et la décision qu'il manifestait à son bureau, au

milieu de ses occupations professionnelles. Indécis dans le monde et même à son propre foyer, il était, financièrement parlant, un « véritable virtuose » : lorsqu'il était inquiet, il se réfugiait à son bureau, seul endroit où il se sentait à l'abri de l'angoisse. Cette double attitude, paradoxale en apparence, s'explique aisément. Fort conscient de ses capacités financières, il est tout aussi conscient de son infériorité sur tout autre point ; il a compris que sa femme ne l'a épousé que pour sa fortune ; il confesse son désintérêt des choses de l'esprit. Sa haine des Français lui vient non seulement de son éducation, plus spécialement allemande, mais encore et surtout des caractéristiques aimables de l'esprit français, dont il se sent totalement dépourvu. Son caractère jaloux et ombrageux lui a aliéné bien des sympathies : dans ces conditions on comprend son aversion pour le monde.

Le doute intellectuel de soi-même a pour aboutissant soit la timidité, soit la psychasténie.

Le grand timide, comme l'a montré Dugas dans son intéressant ouvrage, est un timide intermittent et ne comporte pas toujours un élément physique, par exemple, Benjamin Constant.

« On comprend fort bien, dit Dugas, Rousseau, fuyant le monde parce qu'il était à l'ordinaire lourd, gauche, et sans esprit. Mais Constant avait toutes les qualités mondaines, le trait, l'éloquence, la grâce : c'était un causeur étincelant. Pourquoi donc, au moment où il s'abandonnait à la verve de son esprit, éprouvait-il cette angoisse intérieure, cette sorte de défaillance, d'évanouissement qu'est la timidité ? »

Il y a, en effet, chez Benjamin Constant, un mélange de confiance et d'inconfiance ; sa timidité le dessert et, en ce sens, le torture, mais il est parfaitement conscient de ses qualités intellectuelles et morales. « J'ai des qualités excellentes, dit-il, fierté, générosité, dévouement, mais je ne suis pas un être tout à fait réel. » Nous allons voir ce qu'il entend par là. Il explique fort bien, soit dans ses Mémoires, soit dans Adolphe, que la froideur, l'ironie souvent cynique de son père empêchait tout épanchement, toute expansion de sa nature

ardente, généreuse, primesautière et lui faisait refouler sa spontanéité qu'il finissait, à telle école, par considérer comme intempestive et absurde ; mais ces refoulements ne se faisaient pas sans combat, de telle sorte que le jeune homme éprouvait un sentiment pénible de flottement et d'incertitude qui le faisait douter de ses propres sentiments. Il rappelait ces imaginatifs, qui ne savent faire le départ du vrai et de l'imaginaire, qui aiment avec leur imagination, se décident en impulsifs et ultérieurement regrettent leurs décisions et deviennent, par la suite de plus en plus hésitants ou de plus en plus impulsifs, suivant les dispositions du moment ; ce sont, comme nous l'avons dit dans un précédent travail, ces intelligents qui font les plus grandes sottises. Il y a, chez Benjamin Constant, défiance de soi-même non par humilité, mais, si l'on veut, par conscience d'une infirmité, dont il attribue la responsabilité à l'éducation familiale.

Chateaubriand se présente encore, ainsi que l'a montré Dugas, comme un grand timide, souvent inconflant en lui-même, timide, chez qui l'orgueil, la tyrannie paternelle, les humiliations de l'enfance, les excès de l'imagination contribuaient à créer un personnage flottant, composite, sans unité, déroutant pour lui-même, continuellement oscillant entre la confiance et le doute excessifs en lui-même. Notons cependant que chez lui, la confiance l'emportait singulièrement sur le doute et sur le pessimisme. Il n'en est plus de même chez un de nos malades, le pessimisme n'a plus qu'une infime et rarissime contre-partie optimiste.

Ce jeune homme, âgé de trente-quatre ans, est un type de psychasthénique anxieux, incapable de prendre aucune décision ; il ne manifeste sa volonté que par des entêtements. Il a parfaitement conscience de sa situation, mais légèrement paranoïaque, il préfère incriminer les autres que de s'en prendre à lui-même. Il est fort égoïste ou plutôt il possède cet égoïsme à deux ou trois (sa femme, sa mère et lui), qui, malgré son pluralisme, équivaut à un égoïsme exclusif, Il est, à la fois, douteur physique et intellectuel. Physi-

quement il présente une insuffisance génitale marquée au point qu'il ne put consommer réellement son mariage ; malgré la discrétion de sa femme, il s'en montre fort humilié. Dans ce cas encore, l'éducation familiale semble avoir joué un rôle prépondérant. Son père, fort autoritaire, le terrorisait et le raillait de sa gaucherie ; jamais l'enfant n'entendait de lui un mot d'encouragement. La mère était une débile bornée, dont l'avis comptait fort peu dans la famille. Jusqu'à l'âge de sept ans, il fut confié à une institutrice incapable, qui ne lui apprit rien et le fit entrer en pension dans de mauvaises conditions. En pension la vie lui fut plus dure encore. A son retard s'ajoutaient des troubles de la vue, qui furent toujours méconnus et l'empêchèrent de suivre les exercices au tableau ; il était donc toujours puni et réprimandé malgré sa bonne volonté et son application. La myopie, jointe à la tarsalgie et à la scoliose, le rendait maladroit à la course et aux jeux d'adresse. Bafoué par ses camarades, réprimandé par ses maîtres et, malgré son intelligence assez vive, incapable de s'imposer par quelque supériorité, il fit des études médiocres qui le forcèrent, après un service militaire au cours duquel il connut les mêmes avatars qu'à l'école, à accepter, dans une banque, un emploi de subalterne mal rétribué. Humilié de se voir commandé par des sujets assez vulgaires, il travaille néanmoins avec zèle et conscience. Il se sent supérieur à son rendement social et souffre d'être un raté, de compter à peu près partout « pour du beurre ».

Telle est la vie de ce sujet chez lequel les influences éducatives semblent avoir joué un rôle important sinon prépondérant. On peut objecter qu'un frère de notre malade est normal et gagne assez largement sa vie à la Bourse. Sans valoir plus que notre malade, ce frère a présenté probablement une sensibilité moindre, un caractère plus entier, plus égoïste, plus confiant en lui-même, en un mot, moins vulnérable. Cela ne prouve pas que, chez notre malade, une éducation normale n'eût évité cette défiance en soi-même, cause de tous ses maux. Ses répliques sont



nombreuses dans notre société, et lorsque, chez de tels sujets, on fouille, soit les antécédents soit la vie intime, on trouve presque toujours des causes légitimes de dépression et de doute de soi-même. Avant de les juger, il convient de connaître leur vie car les syndromes de doute de soi-même qui aboutissent à une psychasthénie aussi profonde, ont été préparés de longue main par une sensibilisation progressive de l'affectivité.

### DOUTE ÉTHIQUE

Le doute éthique est, sans contredit, la forme la plus cruelle du doute de soi-même. C'est, en général, un doute acquis, qui affecte des mentalités particulièrement droites, sensibles et altruistes. Il donne naissance soit au scrupule, soit, dans ses formes graves au délire sensitif de Morel, repris dernièrement par Kretschmer sous le nom de « délire de relation à base sensitive ». Sauf chez des débiles notoires, ce doute, comme les autres doutes de soi-même, est partiellement fondé, mais ses réactions sont particulièrement exagérées par rapport à leur cause. C'est que, dans la majorité des cas, le doute éthique ne survient pas d'emblée. Il représente une réaction d'épuisement de la sensibilité. L'histoire de nos malades révèle en effet, une longue période de sensibilisation de l'affectivité, pendant laquelle le sujet réticent, refoule ses angoisses. L'observation suivante schématise pour ainsi dire le doute éthique :

Cette jeune fille (1), infirmière de son état, a beaucoup souffert dans son enfance et son adolescence de la brouille de ses parents, l'un et l'autre brutal et immoral. A l'âge de 19 ans, elle réussit à s'échapper et travaille à Paris dans différentes maisons de santé. Ses goûts artistiques et littéraires lui procurent quelques délasséments. Elle fait la connaissance d'un jeune officier qu'elle considère comme un fiancé ; mais le

---

(1) Il semble que ce soit la même malade, que celle qui sert de thème à la communication de MM. Laignel-Lavastine et Kahn (*Société Médico-psychologique*, 26 janvier 1926).

• jeune homme change de garnison et ne donne plus signe de vie. Cet « abandon » l'affecte très profondément, mais, disait-elle, elle avait encore à cette époque l'estime d'elle-même ; cette douleur n'est rien en comparaison de sa douleur actuelle. En effet, plus tard, au cours d'une de ses gardes, elle est, pendant son sommeil, surprise par un malade, qui se glisse dans son lit et cherche à la violer ; elle se débat, mais au cours de cette lutte, elle éprouve des sensations voluptueuses, dont elle a honte. Depuis, elle est torturée par le remords et, malgré tous les soins, tombe dans une crise dépressive qui nécessite son admission à Sainte-Anne.

Nous avons pu suivre également une autre malade, également droite, également morale, altruiste et idéaliste, qui se heurte aux idées rigides et étroites de sa famille. Professeur intelligente et zélée, elle occupe à l'étranger un poste important dans un grand collège de jeunes filles. Tout d'abord isolée et dépaycée, elle s'intéresse successivement à deux de ses élèves, l'une et l'autre déprimée psychique. Elle s'épuise auprès d'elles et finit par s'aliter dans une maison de santé religieuse. Elle est vue par un médecin psychanalyste qui, errant dans son diagnostic, la considère « comme une lesbienne qui s'ignore ». Cette révélation provoque chez cette jeune fille pieuse et foncièrement morale, un véritable désarroi. Elle veut rentrer en France, mais elle est tellement annihilée qu'elle ne peut elle-même accomplir les formalités nécessaires et que l'on est forcé de la soutenir jusqu'au paquebot.

Elle est dans un état réellement léthargique, au point qu'elle supporte les assiduités d'un passager pour lequel elle éprouve la plus grande répulsion physique et morale. Ces assiduités ont du reste été limitées et n'ont pas abouti au coït. Elle s'est reprise à temps. Nous l'observons à son retour à Paris. Elle se considère comme déchue, indigne de vivre. Sa droiture morale, dit-elle, n'existe plus, elle n'a plus, comme par le passé, l'horreur instinctive du mal. Une psychothérapie quotidienne, une rééducation laborieuse lui a permis de reprendre peu à peu ses travaux et ses leçons, mais ses idées d'indignité n'ont pas encore

totalément disparu ; elles subsistent encore à certains moments, malgré l'énergie de la malade qui nous disait fort explicitement, au cours du traitement psychothérapique, que, si sa raison arrivait parfois à l'absoudre, son affectif l'accusait encore et ne désarmait pas.

D'autres observations pourraient encore s'ajouter aux précédentes qui montreraient encore que le doute éthique survient rarement d'emblée. Les directeurs de conscience connaissent fort bien ces scrupuleux et savent quelle peut être la durée et l'opiniâtreté de ces états contre lesquels la dialectique, la logique, l'argument d'autorité s'usent tour à tour. C'est que l'amour-propre, l'orgueil ont subi de rudes assauts et que la contre-partie d'optimisme, si vivace dans les autres formes de doute de soi-même, est, dans le cas particulier, presque totalement annihilée.

Les délires affectifs de Morel ne représentent qu'un degré de plus dans l'échelle de ces doutes éthiques. Le jugement est complètement annihilé par l'idée de culpabilité, qui, dans le cas particulier, n'est pas toujours sans fondement. Despine compare très justement ces états à ceux d'un sujet égaré par une passion ; entre le délirant passionnel épisodique, tel l'Othello de Shakespeare, et le délirant chronique à point de départ affectif, tous les intermédiaires peuvent se rencontrer. Voici à cet égard une observation tout à fait typique de Morel.

« Une femme avait eu avant son mariage des relations criminelles ignorées de son mari ; le regret d'avoir trompé cet excellent homme digne à tous les égards d'un meilleur sort, la détermina à avouer sa faute. Le mari pardonne généreusement et redouble d'attentions à son égard ; mais, loin de la soulager, cet aveu la prédispose à de sombres préoccupations. Il lui semble que tout le monde la regarde d'un air méprisant et interprète défavorablement ses actes les plus insignifiants. Il s'organise dans son esprit un délire de persécution et elle cherche à se consoler en s'approchant du tribunal de la pénitence, mais bientôt elle croit qu'elle a fait une communion sacrilège et se

déclare possédée par le démon. Depuis les dispositions de cette aliénée n'ont fait qu'empirer ; je n'ai jamais observé un exemple plus net de cette sorte de folie désignée sous le nom de démonopathie ».

Cette observation montre encore la longue période de latence, au cours de laquelle la malade était en proie au remords, qu'elle s'efforçait de refouler en présence de son mari. Un ouvrage déjà ancien de Bleuler, un traité plus récent de Kretschmer relatent des observations du même genre, qui du reste n'avaient pas passé inaperçues aux psychiatres classiques de l'école française.

L'étude, que nous venons d'esquisser, des différents types du doute de soi-même montrent la part prépondérante, dans leur genèse, des éléments acquis. Assurément les caractères entiers, les paranoïaques constitutionnels y sont beaucoup moins sujets que les autres ; la sensibilité moins vive, la plus grande confiance en soi-même, la défiance vis-à-vis d'autrui, les rendent plus résistants aux influences extérieures. Mais s'ils connaissent rarement le doute éthique, ils connaissent parfois, de façon transitoire le doute physique et le doute intellectuel ; leur nature leur permet en général un prompt rétablissement. Cette élimination faite, on peut affirmer que, sous des influences éducatives et occasionnelles diverses, la plupart des sujets sont capables de faire du doute d'eux-mêmes transitoire ou définitif.

« L'on ne sait pas, disait Benjamin Constant à l'occasion d'un propos cynique de son père, combien, dans la première jeunesse, les mots de cette espèce font une impression profonde et combien à un âge où toutes les opinions sont encore vacillantes, les enfants s'étonnent de voir contredire, par des plaisanteries que tout le monde applaudit, les règles directes qu'on leur a données..... Je ne me souviens pas, pendant mes dix-huit premières années, d'avoir eu jamais un entretien d'une heure avec lui.. A peine étions-nous en présence l'un de l'autre, qu'il avait en lui quelque chose de contraint, que je ne pouvais m'expliquer et qui réagis-

sait sur moi d'une manière pénible. Je ne savais pas alors ce qu'était la timidité, cette souffrance intérieure qui nous poursuit dans l'âge le plus avancé, qui refoule sur notre cœur les impressions les plus profondes, qui glace nos paroles, qui dénature dans notre bouche tout ce que nous essayons de dire..... »

La vie de ce grand psychasthénique, dont il a été question plus haut, comme l'histoire de nos différents douteurs intellectuels et éthiques, plaident encore dans le même sens. La sensibilisation progressive, à partir d'un point voisin de l'état normal, peut y être suivie dans toutes ses étapes. Aussi, pouvons-nous dire en matière de conclusion, que tout sujet à moins d'être un paranoïaque avéré ou un fou moral, est susceptible dans certaines conditions d'éducation et de vie, de tomber dans le doute de soi-même épisodique ou définitif.

#### BIBLIOGRAPHIE

MOREL. — *Traité des maladies mentales*, 1860.

DUGAS. — *Les grands timides*, 1 vol., 1922.

SOLLIER. — *Le doute*, 1 vol., 1909.

KRETSCHMER. — *Der sensitive Beziehungswahn*, 1 vol., 1913.

GILLES (A.) et CARRIAT (R.). — Données psychanalytiques chez un épileptique. *Annales Médico-psychologiques*, décembre 1925.

CAPGRAS (J.) et ABÉLY (X.). — Le délire interrogatif. *Annales Médico-psychologique*, janvier 1926.

# SCHIZOPHRÉNIE ET DÉMENCE PRÉCOCE

Par Henri DAMAYE

---

La psychiatrie est pour tous les médecins une véritable bouteille à encre lorsqu'elle ne s'appuie pas sur une base, sur quelque chose de concret, en d'autres termes lorsque ses notions cliniques ne sont pas étayées sur l'anatomie pathologique. Si l'anatomie pathologique psychiatrique est encore rudimentaire et grossière, le peu que nous en savons nous instruit néanmoins d'une façon très appréciable. Le peu que nous en savons, a déjà considérablement éclairci et fait progresser la pathologie mentale. La méthode anatomo-clinique est, en psychiatrie, aussi indispensable qu'en tout le reste de la médecine.

La question de schizophrénie et de démence précoce, qui nous occupe en cet article, ne saurait être comprise sans une notion d'anatomie pathologique. Les aliénistes restés en dehors de la méthode anatomo-clinique ne peuvent guère saisir, à l'heure actuelle, la différence établie bien justement par Claude entre ces deux affections. Aussi voyons-nous souvent confondre l'une avec l'autre. Certains, orientés par la mode, ne voient plus que de la schizophrénie ; d'autres, par contre-partie, s'en tiennent à la démence précoce. D'autres encore fondent leur opinion sur une question d'Ecole et sur l'idée de contenter tel ou tel maître. Bien rares encore sont les psychiatres à même de comprendre réellement la différence entre les deux états.

Depuis 1908 nous signalons, en nos observations anatomo-cliniques, les deux catégories fondamentales de psychoses que les nécropsies des asiles nous permettent de différencier. En de nombreux travaux déjà nous avons insisté sur les psychoses sans lésions

inflammatoires, à encéphale macroscopiquement normal, histologiquement peu lésé (pour nos méthodes actuelles s'entend), et celles à processus de méningo-encéphalite lente, atrophiantes; quelquefois, mais rarement, d'encéphalite sans lésions méningées appréciables. Claude, si nos souvenirs sont exacts, différencia l'un des premiers aussi les grandes variétés anatomiques de psychoses. Son travail avec F. Rose aperçut bien, jadis, les lésions des psychoses toxi-infectieuses.

Aujourd'hui Claude a le grand mérite d'orienter officiellement la psychiatrie dans la voie anatomo-clinique, la seule qui puisse être féconde. Claude différencie bien la schizophrénie, affection constitutionnelle sans lésions anatomiques actuellement décelables d'une part, et la démence précoce, d'autre part, à substratum de méningo-encéphalite atrophiante. C'est là un immense progrès. Mais les difficultés aussi semblent être immenses.

Anatomiquement, les deux affections semblent pouvoir être nettement différenciées; mais cliniquement en est-il de même? Non, hélas!

Il y a dix-sept ou dix-huit ans, à Bailleul, où la richesse anatomopsychiatrique était importante, nous cherchâmes bien des fois à différencier cliniquement, pendant la vie, les « démentes précoces », chez lesquelles on ne trouvait pas de lésions cérébrales (aujourd'hui schizophrènes de Claude) et celles chez lesquelles il y aurait du liquide et de la méningite atrophiante. Nous avouons ici que nous nous trompâmes bien souvent et que la plupart du temps, chez nos malades d'asile, nous n'arrivâmes point à la différenciation clinique.

Nous avons remarqué cependant que la tuberculose pulmonaire ou pleuro-péricardique était bien plus fréquente chez les malades à méningo-encéphalite. L'infection tuberculeuse ou les infections secondaires étaient-elles pour quelque chose dans l'étiologie et la pathogénie de ces méningo-encéphalites?...

Si anatomiquement la différenciation des deux psychoses apparaît facile, elle semble être en clinique des plus malaisées.

Il en est de même d'ailleurs chez les épileptiques. Peut-on bien différencier pendant la vie les obnubilés chroniques (à cerveau intact pour nos méthodes actuelles) et les déments (à liquide intracrânien et méningo-encéphalite atrophiante) ? Nous n'avons davantage jamais pu le faire exactement. Et cependant il y a une différence : les cerveaux non-atrophiés ne font ni escarres, ni ictus toxiques, et les autres en font.

Nous regrettons infiniment d'avoir perdu dans la destruction de Bailleul nos anciens documents cliniques et nécroptiques. Nous ne possédons aujourd'hui qu'une statistique faite en Vendée où, sur 240 nécropsies, 14 seulement ont montré un cerveau macroscopiquement sec et intact. Il s'agit de psychoses d'asiles très diverses.

Donc, dans les asiles publics tout au moins, les psychoses sans lésions cérébrales sont en nombre infime, semble-t-il, à côté de celles à méningo-encéphalite lente. Dans les maisons de santé privées on aurait peut-être une proportion beaucoup plus considérable de psychoses sans lésions, de psychoses constitutionnelles.

Si nous nous en tenons à cette statistique, les schizophrènes sembleraient, dans les asiles publics, en nombre sensiblement très inférieur à celui des déments précoces selon la conception de Claude.

Nous ne voyons guère possibilité de différencier cliniquement les schizophrènes d'avec les déments précoces qu'à la période d'affaiblissement intellectuel et de démence. Par des tests et des examens mentaux répétés on peut alors déceler l'affaibli intellectuel par méningo-encéphalite atrophique. Les notions disparues le sont à jamais chez l'affaibli intellectuel. Au contraire elles reparaissent çà et là chez les schizophrènes qui, eux, ne font pas d'atrophie cérébrale, par conséquent pas d'affaiblissement intellectuel.

Mais en ces examens psychologiques nous nous heurterons souvent encore à des difficultés. Rien de plus malaisé que de faire des investigations de psychologie expérimentale chez les schizophrènes et les déments précoces. Le négativisme, les troubles de l'attention,



les stéréotypies sont pleins d'embûches et de déceptions pour l'expérimentateur. Nous nous souvenons combien les expériences faites jadis patiemment et consciencieusement avec Toulouse pour les « démences vésaniques », nous laissèrent rêveur !

Donc, même l'affaiblissement intellectuel est difficilement mis en évidence, d'une façon certaine, chez les malades à syndrome démence précoce.

Comment faire alors ? Toute la question est là. Nous concluerons que si anatomiquement les schizophrènes se distinguent des déments précoces, cliniquement la différenciation est infiniment plus malaisée. La ponction lombaire, peut-être, nous donnera plus exactement quelques présomptions. Mais peut-on quand même préjuger certainement de l'avenir et de l'évolution ultérieure ?

Quoiqu'il en soit, Claude a placé le problème sur le bon terrain. Des études anatomo-psychiatriques plus précises, plus minutieuses que celles de notre époque, sont nécessaires pour résoudre la question.

---

## L'Administration d'iodure par la voie intraveineuse, notamment dans les affections cérébrales et cérébro-spinales.

Par le Docteur Frédéric-J. FARNELL

Neuro-psychiatre consultant des Hôpitaux de Providence  
et de l'Etat de Rhode Island

---

### I

Dans ce bref article, nous voudrions attirer l'attention des praticiens sur les avantages thérapeutiques qu'offre l'administration d'iodures par la voie intraveineuse.

Dans le traitement de nos malades nous nous sommes servi exclusivement de solutions hypertoniques (10 0/0) d'iodure de sodium. Notre préférence pour l'iodure de sodium a été fondée sur la moindre toxicité de ce sel et sur sa richesse en iode, relativement plus grande. Les solutions d'iodure qui doivent servir à l'injection sont toujours préparées « extempore » immédiatement avant l'administration. Nous insistons beaucoup sur ce point, les solutions hypertoniques d'iodures étant extrêmement instables à cause de la libération d'iode qui se produit facilement dans ces solutions, si elles séjournent longtemps dans les récipients, exposés à l'air et à la lumière.

La solution hypertonique d'iodure de sodium qui doit servir à l'injection intraveineuse est préparée de la façon suivante :

10 grammes d'iodure cristallin et parfaitement sec sont dilués dans 100 cc. d'eau distillée préalablement

passée à l'autoclave. La solution ainsi obtenue est placée au bain-marie à 100° C. et y est maintenue pendant 10-15 minutes ; après refroidissement, elle est introduite lentement dans la veine du bras du malade.

Pour l'injection, nous nous servons d'une aiguille à ponction intraveineuse de calibre moyen, d'un tube de caoutchouc long d'un mètre et demi, et d'une ampoule de 100 cc. La solution, versée dans l'ampoule, passe dans la veine par gravité, l'ampoule étant tenue, à peu près, un mètre au-dessus du plan du lit du malade. Avant et après l'introduction de la solution d'iodure, nous faisons passer dans la veine quelques cc. de la solution physiologique.

Nous pratiquons cette méthode d'administration d'iodure de sodium depuis six ans. Nous recourons à des injections intraveineuses des solutions hypertoniques d'iodure de sodium dans tous les cas où le traitement ioduré est généralement indiqué. Nous avons fait ainsi plus de 4.000 injections intraveineuses d'iodure de sodium et nous avons pu nous convaincre de l'innocuité absolue de ces injections : nous n'avons pas observé un seul accident ni au cours de l'injection, ni après. Au contraire, nous avons recueilli beaucoup de preuves de la supériorité thérapeutique de l'administration d'iodures par la voie intraveineuse sur leur administration par la voie buccale.

Tout d'abord, les phénomènes d'iodisme, qui sont presque la règle au cours de l'administration d'iodures par la voie buccale, ne s'observent jamais ou presque si l'ioduration est faite par la voie intraveineuse, même avec les doses d'iodure très élevées. Habituellement nous injectons 10 grammes d'iodure en solution hypertonique avec intervalles de 3-4 jours entre chaque injection. Certains de nos malades ont reçu par la voie intraveineuse jusqu'à 240 grammes d'iodure de sodium en solution hypertonique de 10 0/0 au cours de deux mois et demi. Nous injectons quelquefois jusqu'à 20 grammes d'iodure à la fois (toujours en solution de 10 0/0) sans que le malade en éprouvât le moindre inconvénient. Pas un seul de nos malades traités par les injections intraveineuses d'iodure de

sodium n'a eu de phénomènes d'iodisme tels qu'acné, coryza, troubles gastro-intestinaux, dyspepsie, diarrhée, céphalée gravative, etc.

Nous sommes portés à penser que cette absence de phénomènes d'iodisme au cours de l'administration d'iodure de sodium par la voie intraveineuse, est due surtout à ce fait que l'élimination de ce médicament est beaucoup plus rapide quand il est introduit directement dans le sang que dans les cas où l'iodure est administré par la voie buccale. L'élimination d'iodure se produit par la respiration, par la transpiration et surtout par les reins. Immédiatement après l'injection et très souvent même avant que l'introduction d'iodure dans le sang ne soit finie, les malades constatent le goût métallique dans la bouche, sensation qui persiste quelquefois pendant deux ou trois jours après l'injection. Certains malades constatent l'odeur particulière de leur transpiration, qui apparaît quelques heures plus tard et persiste jusqu'à 3 jours après l'injection (1). Dans les premières 24 heures qui suivent l'injection d'iodure, quelques-uns de nos malades ont eu une abondante garde-robe très odorante, de couleur noirâtre. Nous avons l'habitude de vérifier après chaque injection, la présence d'iode dans la salive et dans l'urine du malade, 2-3 minutes après l'injection, la salive montre au papier tournesol, une réaction nettement alcaline. 5-8 minutes plus tard, l'iode est nettement décelable dans les urines à l'aide d'acide nitrique et de chloroforme.

Ainsi nous croyons qu'il y a toutes raisons d'admettre que l'organisme du malade est imprégné par l'iode beaucoup plus rapidement et d'une façon plus massive quand l'iodure est administré par la voie intraveineuse que dans les cas où l'iodure a été pris par la bouche. Nous pensons même que l'iodure, étant introduit dans l'organisme directement par le sang, pénètre dans les tissus plus intimement que dans les cas où il est introduit par la voie buccale, puisque, dans ces derniers cas, la barrière gastro-intestinale, de par son rôle

---

(1) Notons que ces phénomènes (le goût métallique, l'odeur des transpirations) passent au bout de 24 heures si le malade assure sa diurèse par les boissons abondantes après l'injection d'iodure.

physiologique, se comporte comme un obstacle naturel à cette pénétration.

En effet, dans les cas où l'iodure est administré par la voie intraveineuse, non seulement les phénomènes d'iodisme sont réduits au minimum, ces derniers étant dus en grande partie, sinon entièrement, à des perturbations gastro-intestinales causées par l'ioduration buccale, mais les effets thérapeutiques sont beaucoup plus prononcés et s'obtiennent plus rapidement. L'ioduration de l'organisme est plus intensive quand elle est faite par la voie intraveineuse que dans les cas où elle est faite par la voie gastro-intestinale.

Depuis notre première publication sur ce sujet, nous nous sommes appliqués à définir avec plus de précision les groupes d'affections dans lesquels l'administration d'iodures par la voie intraveineuse est particulièrement indiquée. Or, nos observations nous ont montré que l'administration d'iodures par la voie intraveineuse, non seulement remplace avec des avantages incontestables l'administration d'iodures par la voie buccale dans tous les cas en général où le traitement ioduré est indiqué, mais qu'elle est seule à s'adresser aux cas dans lesquels l'iodure par la voie buccale n'agit pas, ou donne des résultats incertains. Ainsi, à notre avis, on devrait recourir au traitement ioduré intraveineux dans tous les cas de sporotrichose, d'actinomyose et d'oïdiomycose, surtout dans les cas où l'affection mycosique a atteint secondairement le système nerveux central. Nous avons eu l'occasion d'observer trois cas analogues d'oïdiomycose. Dans deux cas, les cultures d'oïdium ont été obtenues du liquide céphalo-rachidien ; les trois malades ont été traités par les iodures.

Le premier de ces malades pouvait être amélioré seulement avec de très hautes doses d'iodure de potassium (6 gr. par jour) administrées par la bouche. Plusieurs fois, on était obligé d'interrompre le traitement à cause de très graves symptômes d'iodisme.

Dans le cas suivant, aussitôt que le diagnostic d'oïdiomycose fut posé, nous avons remplacé le traitement classique par la voie buccale par l'administration intraveineuse d'iodure de sodium en solution

hypertonique à 10 0/0. Dès la première injection, une amélioration marquée s'est manifestée au niveau des lésions superficielles. Au bout de 6 semaines, après avoir reçu une série de 10 injections intraveineuses d'iodure de sodium (100 gr.), le malade était complètement guéri ; les parasites ne se retrouvaient plus dans son liquide céphalo-rachidien.

Dans le troisième cas, il s'agissait d'une fillette de 13 ans qui présentait des lésions cutanées et osseuses ressemblant de très près aux lésions oïdiomycosiques. Précédemment cette malade avait été examinée par plusieurs médecins qui avaient considéré ces lésions comme étant de nature syphilitique. La malade était traitée, en conséquence, par le salvarsan, le mercure et par l'iodure de potassium par la voie buccale, mais sans beaucoup d'effet. Le Wassermann négatif, d'un côté, et la faillite du traitement antisypilitique, de l'autre, nous ont amené à recourir aux injections intraveineuses d'iodure de sodium en solution hypertonique selon notre méthode. Après une seule injection, les lésions cutanées ont disparu au bout de 48 heures, les lésions osseuses les ont suivies de près. Nous avons revu cette malade 6 mois plus tard, elle n'avait pas eu de récidives et se trouvait en très bon état.

Un autre groupe d'affections, dans lesquelles l'administration d'iodures par la voie intraveineuse est particulièrement indiquée, est représenté par certaines manifestations cutanées et osseuses de la syphilis tertiaire.

Ainsi nous recourons au traitement ioduré intraveineux dans les cas de la périostite spécifique du crâne et de la colonne vertébrale où le traitement arsénobenzolé n'a pas donné de résultats satisfaisants. Nous avons plusieurs observations de guérison de ces accidents de la syphilis tertiaire alors qu'ils avaient été traités sans succès par les méthodes classiques ; c'est-à-dire par les iodures administrés par la bouche et par l'arsénobenzol.

Les plaques d'alopécie syphilitique également, à notre avis, doivent systématiquement être traitées par les injections intraveineuses d'iodure de sodium. Nous avons traité quatre cas d'alopécie, qui étaient traités

depuis des mois par les iodures par la bouche et par toutes sortes de pommades et de lotions sans le moindre effet. Dans tous les quatre cas, les plaques d'alopecie ont disparu à la suite d'un maximum de 10 injections d'iodure de sodium.

Enfin, autant que nos observations personnelles le suggèrent, nous croyons que dans les cas de la syphilis cérébro-spinale, en particulier dans les cas de la méningite spécifique, le traitement arsénobenzolé est beaucoup plus efficace, si ce traitement est immédiatement précédé ou s'il est associé aux injections intraveineuses d'iodure de sodium. L'iode étant un réducteur agit, probablement, en augmentant la perméabilité de cellules méningées.

## II

Jusqu'à ce moment nous avons parlé de l'administration d'iodures par la voie intraveineuse et de ses avantages surtout en tant que d'une nouvelle méthode de traitement ioduré classique. Mais la valeur thérapeutique de l'administration d'iodure de sodium en solution hypertonique de 10 0/0 ne se borne pas à augmenter l'action spécifique des iodures sur certaines affections parasitaires et syphilitiques et d'éviter les phénomènes d'iodisme. Ainsi que le montrent les recherches expérimentales dont nous allons parler à l'instant, et ainsi que nous avons pu l'observer sur nos malades, l'injection intraveineuse des solutions hypertoniques (comme la solution d'iodure de sodium de 10 0/0, dont nous nous servons dans notre méthode d'administration d'iodures, ces solutions étant introduites dans le sang par la veine), produit de très importantes modifications dans l'équilibre osmotique intra-cranien.

L'importance de cette constatation, dont l'honneur revient à MM. Weed et McKibben, nous oblige de nous retenir un peu plus longtemps sur ce point.

Au début de l'année 1919, MM. Weed et McKibben ont publié les résultats des recherches qu'ils ont faites sur les animaux (chats) en vue d'apprécier les effets

des injections intraveineuses de solutions de différentes concentrations sur la pression du liquide céphalo-rachidien. Or, en se basant sur ces expériences, les auteurs sont arrivés aux conclusions suivantes :

Les injections intraveineuses d'une solution hypotonique (eau distillée) sont immédiatement suivies d'une élévation marquée et soutenue de la pression du liquide céphalo-rachidien.

Une solution isotonique (solution de Ringer-Lock) produit une élévation immédiate de la pression du liquide céphalo-rachidien, mais, au bout d'environ une heure, la pression revient à la normale.

Une solution hypertonique (solution de chlorure de sodium, par exemple) produit une élévation de la pression du liquide céphalo-rachidien immédiatement après l'injection, mais, au bout d'un quart d'heure, la pression tombe rapidement et bien au-dessous de zéro, puis, très lentement, revient à la normale.

De la même façon, une solution de bicarbonate de soude à 18 0/0 produit une chute de la pression du liquide céphalo-rachidien jusqu'à zéro, après quoi elle remonte lentement vers la normale. Une solution de sulfate de soude produit d'abord une faible et courte élévation de la pression du liquide céphalo-rachidien, puis la pression tombe au-dessous de 50 mm. et ensuite, lentement, remonte à la normale.

En poursuivant ces recherches dans la même direction, MM. Weed et McKibben ont trouvé que ces modifications de la pression du liquide céphalo-rachidien à la suite d'injections intraveineuses de solutions de concentrations variables, sont indépendantes de volume du liquide injecté, mais sont dues, selon toute probabilité, aux effets osmotiques de solutions hypo ou hypertoniques. Ils ont constaté l'augmentation du taux de sel dans le liquide céphalo-rachidien à la suite d'injections de solutions hypertoniques de chlorure de sodium.

En expérimentant sur les animaux préalablement trépanés, ces auteurs ont également observé les modifications du volume du cerveau à la suite de ces injections. Ils ont constaté que l'injection intraveineuse



d'une solution hypotonique (eau) produit un œdème marqué du cerveau de telle façon qu'une hernie cérébrale en forme d'une saillie haute de plusieurs millimètres se forme à travers l'ouverture du crâne. Au contraire, une injection intraveineuse de la solution hypertonique ( $\text{NaCl}$  à 30 0/0 ou  $\text{NaHCO}_3$  saturée) est suivie d'une diminution du volume du cerveau qui s'affaisse en laissant sous la convexité crânienne un espace libre, haut de plusieurs millimètres.

De ces recherches expérimentales ressort avec évidence la portée thérapeutique de l'administration intraveineuse de solutions hypertoniques en général et de celles d'iodures en particulier.

La cavité crânienne est d'un volume fixe ; elle contient les hémisphères cérébraux, le sang et le liquide céphalo-rachidien. Les modifications du volume d'un de ces principaux éléments sont immédiatement compensées par les variations adéquates du volume de l'un ou de deux autres éléments. Le maintien de cet équilibre est régi par la pression osmotique dans le liquide céphalo-rachidien d'un côté et dans le système artério-veineux cérébral de l'autre. Or, dans certaines affections, ce mécanisme régulateur peut être troublé. C'est justement ce qui se produit au cours des affections vasculaires circonscrites ou diffuses, telles que l'hémorragie cérébrale, embolie, thrombose, encéphalites, méningites, dont un grand nombre de cas sont de nature spécifique, ou au cours de troubles circulatoires d'ordre mécanique causés par les tumeurs cérébrales, gommés, ou par les abcès cérébraux. La première résultante de toutes ces affections est l'œdème cérébral localisé ou plus ou moins généralisé avec plus ou moins d'hyperpression dans le liquide céphalo-rachidien. Or, c'est un fait connu que très souvent la plupart des troubles causés par une affection cérébrale sont des troubles d'ordre secondaire, produits à distance ; ce sont des troubles temporaires (v. Monakow) susceptibles d'une guérison, si les conditions sont favorables. Ainsi une partie seulement, quelquefois insignifiante, du total de désordres causés par une affection cérébrale sont des troubles originaires ou résiduels (v. Monakow), qui res-

tent d'une façon permanente étant dus à des lésions cérébrales indélébiles. Or, il est assez évident que parmi les facteurs qui déterminent les désordres secondaires (ou temporaires), les perturbations circulatoires et osmotiques (l'œdème d'alentour) occupent au moins une des premières places. On conçoit alors l'intérêt capital que présentent pour la thérapeutique de pareilles affections, le rétablissement de l'équilibre circulatoire et osmotique et la résorption de l'œdème d'alentour, afin de rétablir dans les centres affectés ce qui peut être encore rétabli et qui ne le sera pas plus tard. C'est justement ce que nous pouvons compter obtenir en pratiquant les injections intraveineuses de solutions hypertoniques d'iodures.

Ainsi les injections intraveineuses d'iodure de sodium agissent non seulement comme la médication iodurée indiquée déjà depuis très longtemps dans les affection vasculaires cérébrales de nature spécifique, mais elles agissent aussi et en très grande mesure comme de très puissantes modificatrices de l'équilibre osmotique intra-cranien.

Ce dernier avantage qu'offre l'administration d'iodures en solutions hypertoniques par la voie intraveineuse, élargit considérablement les indications thérapeutiques de cette méthode. Ainsi, c'est avant tout dans les affections du système nerveux central dans lesquelles il y a lieu de supposer l'élévation de la pression intra-cranienne avec augmentation du volume du cerveau : les tumeurs cérébrales, les gomes, les états hyperémiques du cerveau, thrombose, embolie, hémorragie cérébrale, l'œdème cérébral des alcooliques, les méningites (séreuses surtout), etc., que l'administration intraveineuse de solutions hypertoniques d'iodure de sodium est indiquée.

Les cadres de cet article ne nous permettent pas de nous étendre plus longtemps sur l'administration d'iodures par la voie intraveineuse. Pour terminer cet exposé, nous allons rapporter quelques observations personnelles :

Obs. I. — Mme B. âgée de 66 ans, professeur de piano, commença au printemps 1920 à souffrir de crampes dans les

orteils du pied droit. Au cours des mois suivants a apparu le tremblement de plus en plus marqué de la main et du bras droit avec difficulté dans l'exécution de mouvements des doigts pendant que la malade jouait du piano. Ces symptômes graduellement s'aggravaient, la malade manifestement perdait la mémoire, devenait confuse et désorientée, et en décembre 1921 elle s'alita. En mars 1922 le tableau clinique s'est complété. La malade examinée par nous à cette époque présentait un gros tremblement du bras et de la jambe droits avec des spasmes musculaires et des mouvements choréo-athétoïdes. Etant placée dans son lit dans la position assise, la malade ne pouvait pas garder cette position et se pliait immédiatement en deux comme un couteau-pliant. Elle présentait une exagération très marquée de mouvements associés. Sa parole était en quelque sorte un jargon avec stéréotypie et écholalie. Son état émotif était extrêmement instable avec des passages rapides et faciles de rire aux pleurs. Il n'y avait pas de perturbations évidentes dans la voie pyramidale, ni dans les sensibilités. L'ensemble de ces symptômes nous a fait penser à une lésion localisée dans la région du corps strié avec un œdème secondaire. En vue de cette hypothèse, nous avons pratiqué quatre injections intraveineuses d'iodure de sodium en solution hypertonique de 10 0/0 avec intervalles de 5 jours entre chaque injection. Les résultats furent frappants. Au cours de deux semaines tous les symptômes secondaire, tels que l'obnubilation mentale, troubles de la mémoire, jargonaphasie, ont disparu en laissant les symptômes résiduels tels que le tremblement et les mouvements choréo-athétoïdes, que la malade a conservés jusqu'à présent.

Obs. II. — Mme D., âgée de 74 ans, avait eu en décembre 1923 une attaque d'apoplexie, suivie d'hémiplégie droite avec troubles de la parole du type anarthrique et avec douleur persistante, extrêmement pénible dans le bras et la main droits. P. A. 26-11. Pendant quatre mois la malade a été traitée avec KI par la voie buccale, mais sans le moindre résultat : c'était la douleur dans le bras et la main droits qui faisait surtout souffrir la malade. Depuis le mois d'avril 1924 jusqu'en janvier 1925, la malade a reçu 10 injections intraveineuses d'iodure de sodium en solution hypertonique de 10 0/0. Après deux ou trois premières injections, la douleur a disparu. Au cours de six mois de traitement, la pression artérielle s'est abaissée jusqu'à 18-10. L'hémiplé-

gie s'est considérablement atténuée en laissant seulement un peu de rigidité dans le bras droit et de contracture dans les doigts de la main droite.

OBS. III. — M. S., médecin, âgé de 52 ans, avait eu, en janvier 1922, une légère attaque apoplectique suivie d'une parésie de la jambe droite qui se dissipa au bout de 15 jours. Mais un an plus tard, en janvier 1923, progressivement et très lentement, une hémiplegie se développa du côté gauche avec la paralysie faciale droite. Le malade se plaignait de maux de tête, il était devenu irritable et oublieux. Il fut obligé de renoncer à ses occupations professionnelles et ne pouvait plus conduire son auto. Le traitement ioduré (KI) par la voie buccale n'a pas donné que de très médiocres résultats. Depuis le mois de juillet 1924 jusqu'au mois d'avril, le malade a été soumis au traitement par les injections intraveineuses d'iodure de sodium en solution hypertonique de 10 0/0. Il a reçu 12 injections d'iodure. Les résultats furent des plus favorables : les maux de tête ont disparu, la parole, qui était auparavant pâteuse et incertaine, s'est améliorée, l'hémiplegie gauche graduellement se dissipa en laissant un peu de fauchement de la jambe gauche pendant la marche et un peu de faiblesse dans le bras gauche. Le malade a repris ses occupations et même conduit son auto.

OBS. IV. — M. J., 50 ans. Depuis quelques mois le malade souffrait de maux de tête, d'attaques de vertige avec scotômes étincelantes et vomissements. Venu pour la consultation à la fin de l'année 1920, le malade a été soumis au traitement par les injections intraveineuses de solutions hypertoniques d'iodure de sodium à 10 0/0. Après une série de 6 injections d'iodure, tous les symptômes ont disparu.

OBS. V. — M. F. B., 57 ans ; électricien. Alcoolisme dans les antécédents personnels. A la fin de l'année 1921, en quelques jours, le malade développa le tableau clinique d'œdème cérébral avec la confusion mentale, le délire et convulsions suivies d'hémiplegie droite. Le malade a reçu cinq injections intraveineuses d'iodure de sodium en solution hypertonique à 10 0/0 avec quatre jours d'intervalle entre chaque injection. Le rétablissement fut complet.

## CONCLUSIONS

I. L'iodure de sodium en solution hypertonique à 10 0/0 peut être introduit directement dans le sang sans le moindre danger pour le malade, à condition que l'introduction soit faite lentement et avec une solution convenablement préparée.

II. L'administration intraveineuse d'iodure de sodium en solution hypertonique donne de meilleurs résultats thérapeutiques que l'administration d'iodures par la voie buccale, de plus, elle ne produit pas, avec autant de facilité, les accidents d'iodisme.

III. Les solutions hypertoniques d'iodures, administrées par la voie intraveineuse, agissent, non seulement en vertu de l'action spécifique attribuée généralement aux iodures, mais aussi en vertu des modifications qu'elles produisent dans l'état de la pression osmotique intra-cranienne.

IV. L'administration intraveineuse d'iodures en solutions hypertoniques est indiquée dans les cas graves d'affections mycosiques et dans les accidents de la syphilis tertiaire. Elle est tout spécialement indiquée dans les affections cérébrales et cérébro-spinales qui sont accompagnées d'hyperpression dans le liquide céphalo-rachidien et d'œdème localisé ou diffus du cerveau.

V. L'administration intraveineuse de solutions hypertoniques d'iodure de sodium semble favoriser l'action de l'arséno-benzol dans le traitement des accidents spécifiques, probablement en augmentant la perméabilité des tissus.

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

SÉANCE SOLENNELLE DU 31 MAI 1926

Présidence : M. SOLLIER, Président

Mme Minkowska, MM. Abély, Beaudoin, Borel, Collet, Courbon, Daday, Damaye, Demay, Hesnard, Maupaté, Minkowski, Naudascher, Petit, Rayneau, Robin, Sizaret, membres correspondants, M. le professeur Ley, M. Flournoy, membres associés étrangers, assistent à la séance.

M. le Président souhaite la bienvenue à MM. les professeurs LEY et DE CRAENE, de Bruxelles, à M. le professeur CHRISTIANSEN, de Copenhague, à M. le professeur PUSSEP, de Vilna, à M. FLOURNOY, de Genève, qui se trouvent parmi les assistants.

Il salue la famille du professeur Ball, M. le D<sup>r</sup> Albert BALL et ses fils, M. et Mme BONEFOUS, M. et Mme BALL-DEMONT, Mme V. DEMONT-BRETON, M. et Mme P. CARRIER-BELLEUSE, M. Cl. CARRIER-BELLEUSE, Mme Octavie CARRIER-BELLEUSE, M. et Mme SAGOT, M. et Mme FABRY, M. le D<sup>r</sup> THIBIERGE, membre de l'Académie de Médecine, ancien interne de Ball, qui sont venus entendre l'éloge que doit prononcer M. Semelaigne, et qui prennent place parmi les membres de la Société.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance du lundi 26 avril 1926.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. CAPGRAS, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre de M. le professeur VIGGO-CHRISTIANSEN, de Copenhague, qui sollicite le titre de membre associé

étranger. La Société nomme une commission, composée de MM. le professeur CLAUDE, PACTET, TRÉNEL, rapporteur ;

une lettre de M. le D<sup>r</sup> MONTASSUT, qui sollicite le titre de membre correspondant. Commission : MM. le professeur CLAUDE, TOULOUSE, LEROY, rapporteur ;

une lettre de M. le D<sup>r</sup> CÉNAC, qui sollicite le titre de membre correspondant. Commission : MM. le professeur CLAUDE, COLIN, TRÉNEL, rapporteur ;

une lettre de M. le D<sup>r</sup> BERSOT, directeur de la Clinique Bellevue (Le Landeron, Suisse), qui s'excuse de ne pouvoir assister à cette séance à laquelle il avait été invité.

### *Rapport de candidature*

(lu par M. le D<sup>r</sup> COLIN)

M. CAPGRAS. — J'ai l'honneur de vous présenter, au nom de notre commission, le rapport sur la candidature de M. Paul Carrette au titre de membre correspondant. Ancien externe des hôpitaux de Paris, interne des asiles de la Seine depuis 1922, Paul Carrette fut, pendant ces studieuses années d'internat, le collaborateur dévoué de ses maîtres, qui tous l'associèrent à leurs travaux, le camarade estimé de ses collègues, qui le choisirent comme représentant du Comité de leur Association, l'ami de ses malades, à qui il prodiguait ses soins et ses encouragements. L'ayant vu à l'œuvre pendant un an, j'ai pu apprécier son savoir et ses qualités médicales. Reçu médecin des asiles d'aliénés au concours de 1925, diplômé de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie, membre de la Société française d'histoire de la médecine, il va poursuivre dans une maison de santé sa carrière déjà brillante et ses publications déjà nombreuses.

Une partie de ses recherches a porté sur la syphilis cérébrale : sa thèse sur la paralysie générale des vieillards contient des remarques intéressantes et des documents importants ; il la compléta par un mémoire sur le diagnostic de la P. G. sénile, que vous avez récompensé par le prix Esquirol, en 1925. Plusieurs commu-

nications à la Société clinique de médecine mentale ont trait aux P. G. prolongées et à la syphilis cérébrale, à diverses affections organiques et psychiques, notamment aux états catatoniques, à l'encéphalite épidémique, aux hémorragies cérébro-méningées, à l'hystéro-épilepsie, à l'illusion des sosies.

Depuis un an, sur les conseils de son maître M. Sérieux, Paul Carrette s'adonne à l'histoire de la psychiatrie et à celle de l'assistance des aliénés. Il a publié sur ce sujet des articles qui révèlent une savante érudition : Tenon et l'assistance aux aliénés à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle (*Annales médico-psychologiques*, novembre 1925) ; un précurseur de Pinel : le chirurgien Tenon (*Société française d'histoire de la médecine*, décembre 1925) ; le service des aliénés de l'ancien Hôtel-Dieu (*Progrès médical*, 20 janvier 1925), et bientôt paraîtra une étude sur Doublet et la psychiatrie à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle.

Votre Commission vous propose d'accorder à M. Paul Carrette le titre qu'il sollicite et dont il est entièrement digne.

*Election.* — A la suite de ce rapport, M. le D<sup>r</sup> Carrette est élu membre correspondant de la Société médico-psychologique, à l'unanimité des 17 votants.

M. le D<sup>r</sup> FLOURNOY donne lecture d'une lettre adressée à la Société par la Société médico-psychologique de Genève

*Lettre du Comité  
de la Société médico-psychologique de Genève  
à la Société médico-psychologique de Paris*

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,  
MESSIEURS,

Nous avons l'honneur de porter à votre connaissance qu'une Société médico-psychologique a été fondée à Genève au printemps 1925, dans le but de réunir les médecins psychiatres, neurologistes et psychologues, et de leur permettre de présenter des cas et de discuter



les sujets spéciaux relatifs à la psychologie. A côté des séances cliniques, qui ont eu lieu régulièrement chaque mois sous la présidence de M. le D<sup>r</sup> Johannès Martin, les statuts prévoient des séances destinées à l'exposé théorique de diverses questions.

Presque tous les membres de la nouvelle société font partie également de la Société médicale de Genève, institution scientifique fondée il y a plus d'un siècle. Mais la Société médicale, qui est fort nombreuse, a pour but l'étude et le progrès de toutes les branches de la médecine, sans distinction. Or, la nécessité se faisait de plus en plus sentir, de créer un groupe beaucoup plus restreint, dont les réunions pourraient être consacrées entièrement aux problèmes spéciaux qui nous intéressent.

En s'intitulant « Médico-Psychologique » notre jeune et petite société — qui compte tout au plus une vingtaine de médecins-spécialistes, — n'a pas eu l'ambition d'imiter les associations si connues qui portent ce même nom, depuis longtemps déjà, soit en France, soit en Angleterre ou en Amérique. C'est pour des raisons d'opportunité, dictées par les circonstances locales, que nous avons choisi ce nom. En effet, l'étude des questions psychologiques a toujours été en honneur à Genève. Un bon nombre de philosophes, de littérateurs, de pédagogues, se sont voués, avec une compétence et une autorité auxquelles nous tenons à rendre hommage, à l'étude de ces questions. D'autre part, il semble que les médecins praticiens s'en soient parfois un peu trop désintéressés.

C'est afin de rétablir l'équilibre et de montrer — soit au reste du corps médical, soit au public en général — que la médecine sait tirer parti des données de la psychologie utilisables en clinique, que nous avons tenu à ce terme de « médico-psychologique ». C'est aussi pour rappeler que tout le domaine de la psychologie relatif à des états morbides — la psychopathologie en un mot — ne saurait être cultivé avec fruit en dehors des enseignements de la médecine. La psychothérapie entre autres, quelles que soient ses diverses

modalités, et surtout la psychanalyse, doivent être revendiquées par les médecins avec d'autant plus d'insistance, qu'elles tendent à passer, de nos jours, entre les mains de praticiens non-médecins.

Dans une ville comme Genève, où des courants intellectuels multiples s'entre-choquent dans une population relativement restreinte, les idées nouvelles, bonnes ou pernicieuses, se répandent vite dans le public. C'est pourquoi il importe, peut-être plus qu'ailleurs, de mettre les points sur les *i* ; aussi avons-nous cru devoir prouver, par notre activité, que la psychologie médicale est bien l'affaire des médecins. Aucun qualificatif ne pouvait mieux répondre à cette orientation de notre société, que celui de « médico-psychologique ».

Ce terme a un autre avantage. Il évite toute confusion entre notre groupe, qui est local, et les deux Sociétés suisses, de Psychiatrie et de Neurologie, auxquelles nous appartenons d'ailleurs presque tous. En outre, si les problèmes médico-psychologiques ne peuvent être étudiés sérieusement que par des médecins qui ont passé par une filière spéciale, il faut reconnaître qu'il serait bien difficile, aujourd'hui, de préciser quelle doit être cette filière, sans risquer de la rendre trop étroite. La meilleure solution n'est-elle pas que psychiatres, neurologistes et psychologues, puissent mettre en commun, pour le profit de tous, le résultat de leur expérience, et confronter leurs opinions sur les problèmes multiples que posent ces cas si complexes de psychopathies, de psychonévroses, ou de psychoses proprement dites ?

C'est cette heureuse collaboration que notre Société a réalisée, par la force des circonstances, en se recrutant dans un cercle, nécessairement limité, de personnalités scientifiques. Les professeurs Martin, Long, Ladame, Claparède, Weber et Naville, ont déjà contribué d'une manière effective à la vie de la Société, soit en présentant des malades, soit en prenant part aux discussions.

Nous n'avons eu jusqu'ici qu'une séance consacrée

à un exposé théorique. Elle a eu lieu sous les auspices de la Société médicale, et avait attiré un nombreux auditoire de confrères non spécialisés, auxquels cette séance était destinée. Le sujet mis à l'ordre du jour, *les applications de la psychothérapie*, fut introduit par le professeur Claparède. Il en donna l'historique dans ses grandes lignes et rappela quelques observations personnelles. Le premier rapporteur, le D<sup>r</sup> Rédalié, parla de la psychothérapie générale, y compris la thérapeutique par le travail. Le D<sup>r</sup> Odier exposa le problème de la suggestion, de ses rapports avec l'hypnose d'une part, d'autre part avec l'auto-suggestion. Le D<sup>r</sup> de Saussure expliqua en quoi consiste la psychanalyse; il résuma un cas traité par la méthode de Freud. Enfin le D<sup>r</sup> Schnyder, le distingué président de la Société suisse de Neurologie, dont on connaît les idées si larges en matière de psychothérapie, avait accepté de venir de Berne pour collaborer à cette séance. Il résuma son point de vue personnel et rendit hommage à l'influence du professeur Dubois. Il esquissa aussi, en matière de conclusion, les indications et contre-indications respectives des méthodes qui avaient été exposées séparément par les autres rapporteurs.

Quant aux séances cliniques, nous ne pouvons entrer dans le détail des cas qui y furent présentés. Bornons-nous à dire qu'il s'agissait de malades hospitalisés et de malades libres, atteints des variétés les plus diverses de troubles mentaux, ou d'enfants anormaux.

La Société s'occupe aussi de la question de l'assistance aux psychopathes et du régime des aliénés. Elle s'est efforcée — ainsi que la Société genevoise de Prophylaxie mentale et de Patronage, dont la plupart de ses membres font aussi partie — d'exercer son influence sur les autorités, afin de hâter, dans notre ville, la création officielle d'une policlinique psychiatrique et d'un service ouvert.

Tels ont été les tendances de la Société Médico-Psychologique de Genève, et les buts qu'elle a poursuivis au cours de sa première année d'existence. Plusieurs de ses membres les plus assidus ont eu le privilège

d'acquérir leur expérience médicale auprès des Maîtres de la science française. En nous invitant à faire connaître notre activité à la Société Médico-Psychologique de Paris, vous nous avez donné une preuve de votre estime dont nous sentons toute la valeur, et un précieux encouragement pour l'avenir.

Veuillez agréer, Monsieur le Président et Messieurs, l'assurance de notre considération la plus distinguée.

*Pour le Comité,*  
Docteur MARTIN, *Président.*

*Genève, 21 mai 1926.*

M. LE PRÉSIDENT remercie M. Flournoy et le prie de transmettre à M. le D<sup>r</sup> Martin, Président de la Société Médico-Psychologique de Genève, les vœux chaleureux que forme la Société Médico-Psychologique pour la prospérité de la nouvelle Société. (*Applaudissements*).

### Eloge de Benjamin Ball

Nos lecteurs trouveront en tête de ce numéro l'éloge remarquable du professeur Ball prononcé par M. Seme-laïne, éloge qui recueillit les applaudissements répétés de la Société et auquel M. le D<sup>r</sup> Ball répondit par les paroles suivantes :

*M. le D<sup>r</sup> A. Benjamin Ball.* — Mon cher ami, mes chers maîtres, confrères et amis,

Comme fils du maître dont vous venez de faire et d'entendre un si bel éloge, je viens vous remercier, avec l'émotion que vous pouvez deviner, du souvenir que vous avez gardé de l'homme et du savant.

Je vous remercie aussi au nom de tous les miens, en regrettant que ma pauvre mère, qui aurait encore eu la profonde joie de vous entendre il y a un an à peine, n'ait plus été là pour se joindre à nous tous.

## Hallucinations lilliputiennes dans un syndrome hébéphrénique

Par les D<sup>rs</sup> G. DEMAY et H. BEAUDOUIN

Dans l'abondante littérature consacrée au syndrome dont M. Leroy a présenté en 1909 la première étude synthétique, les observations de « Démence précoce » restent assez rares. C'est ce qui nous a conduits à résumer le cas suivant :

D..., Robert, 19 ans, monteur en bronze, entre à l'Asile en décembre 1925.

Pas d'antécédents héréditaires connus. Dans l'enfance : rougeole, varicelle. Oreillons en juillet 1924. Constipation habituelle.

Sujet travailleur : premier au C. E. P. Excellent élève à l'école Bouille, où il est resté 4 ans. Prix au concours des Beaux-Arts. Musicien. Absence de tout excès d'alcool ; non fumeur. Tempérament calme, rêveur ; il était « souvent dans la lune ».

Les parents n'ont rien remarqué d'anormal jusqu'au 26 septembre 1925, date attribuée au début brusque des troubles mentaux : excitation légère l'après-midi ; le soir, allant avec ses parents au cinéma, il sifflotte, ne répond pas au salut d'un ami, déclare en rentrant qu'il ne peut plus marcher.

Dès le lendemain, désordre des actes, crises de larmes, incontinence d'urine. La nuit, délire, hallucinations : feux verts, rouges ; rayons Mathews, bicyclette, trompettes. Le 28, « crises convulsives » (dit la mère), bris de vitres, insomnie, pas de fièvre.

Placé à Epinay, il reste plusieurs jours agité et difficile, puis il se calme.

A l'entrée à l'Asile, D... présente l'aspect clinique d'un dément précoce : désorienté, inattentif, indifférent ; réponses imprécises et contradictoires s'intercalant entre des phases de mutisme ; quelques idées délirantes de teinte dépressive énoncées sans aucune réaction émotive (il est mort... il est un point mort... on lui a dit qu'il avait le choléra...). Rires explosifs ; inertie motrice, immobilité habituelle, docilité. Hyperréflexivité pupillaire et tendineuse. R. O. C. ; 68-53,

Le B.-W. sanguin, pratiqué avant l'entrée, à l'hôpital de Saint-Germain, avait été *légèrement positif*. Un nouvel examen du sang et du L. C.-R. pratiqué en décembre (Laboratoire de Beauvais) donne : pour le sang : B.-W. et Calmette-Massol négatifs, pour le L. C.-R., benjoin négatif, Albumine 0,20. Lymphocytose, 0,5, B.-W. négatif.

Nous croyons bon cependant d'instituer un traitement spécifique : à partir du 27 janvier, on pratique une série de novarsénobenzol à doses croissantes (0,15 à 0,90) par voie intra-veineuse. Après le traitement (avril 1926), B.-W. et Calmette-Massol légèrement positifs dans le sang, liquide C.-R. normal.

Fin février, D... parle plus volontiers, dessine, et fait allusion spontanément, et pour la première fois, aux diverses hallucinations, et en particulier aux hallucinations lilliputiennes, qu'il décrit ainsi :

« Ce sont des petits bonshommes de 15 centimètres environ... le buste est net, les jambes floues, mais on les imagine par la pensée... J'en ai vu aussi qui étaient entiers, mais beaucoup plus petits et plus nombreux. *Plus il y en a, plus ils sont petits.* »

Il y a des polichinelles jaunes ; des petites Bretonnes hautes comme un crayon, avec des vêtements de différentes couleurs ; des mannequins, des clowns, des guerriers qui tournent autour de moi très rapidement, qui font des charges de cavalerie, s'étouffent les uns les autres, changent de place... les pieds des chevaux ne sont pas nets, le tout semble glisser.

J'ai vu toutes les « possibilités », avec des habits de différentes époques, Jeanne d'Arc avec quelques guerriers... Une fois, j'ai vu un Persan de 5 centimètres de haut, avec des habits très colorés, me montrant un tableau avec deux personnages et de la fumée qui en sortait. Cela n'a pas duré une seconde.

Il y a aussi de petits animaux, des chevaux de 3 à 6 centimètres qui passent en glissant ; des lions, des tigres, un peu plus gros, de 15 centimètres ; un éléphant *avec un serpent lui sortant du ventre*. Parfois ils vont tellement vite qu'on ne voit pas les pieds, c'est comme un boulet de canon. Parfois ils sont immobiles.

Tout en ayant du relief, ils n'ont pas d'épaisseur. Au lieu de se retourner, ils disparaissent et reparaissent brusquement dans une autre position. Ce qui est anormal *c'est qu'ils sont en l'air*, qu'ils ne reposent nulle part.

Ils ne diminuent pas « par la perspective » ; ils ont toujours la même grandeur, quelle que soit la distance.

Ils sont très bien, trop bien habillés, comme s'ils étaient « dessinés » et non vivants, sans une tache... et pourtant ils ont une souplesse !

Les tons sont noircis, comme passés ; il y a des « motifs ombrés », des bas-reliefs, des tons de patine de bois sur le plâtre...

Je les vois aussi les yeux fermés, mais, les yeux ouverts, ils sont moins nombreux.

Par la volonté, je peux faire venir des oiseaux, des aigles..... C'est un cinéma continu : ça m'agaçait ; je cherchais à les renvoyer, mais je n'ai jamais pu..... »

Après les premières injections de novarsénobenzol, ces apparitions reprennent, a-t-il déclaré spontanément, plus « vigoureusement », c'est-à-dire que les personnages sont plus nombreux, plus animés, parlant plus fort, se montrent agressifs, s'amusant, dit le malade, « à me lancer des flèches. » Cela durait tout l'après-midi suivant la piqûre faite dans la matinée.

Et ces personnages parlent, mais d'une « voix très faible, comme s'ils étaient dans une boîte. » Et il ajoute :

« Quand ils ne veulent pas me parler, je ne les vois pas. Ce n'est que quand ils s'adressent à moi que je les entends. Quand ils parlent entre eux, je ne les entends pas. Pourtant, ils continuent à vivre, ils ne peuvent pas vivre sans parler..... ils existent derrière une porte,.... ils arrivent à construire des maisons en l'air..... »

« Il y en a même qui sont venus me toucher, me prendre par le bras... J'ai entendu : Je t'aurai, je te tiendrai, et en même temps senti qu'on me pressait les membres jusqu'à l'os, en faisant rouler les muscles. »

Outre les hallucinations lilliputiennes, D..... a présenté des hallucinations visuelles ordinaires : ses parents « en grandeur naturelle, en effigie » ; Dieu « en image cinématique » sur la croix, électrocuté par un courant et gesticulant ; une femme nue ayant une cuisse coupée d'où le sang coulait. Il a vu aussi ce qu'il appelle spontanément des « sosies », c'est-à-dire des personnes « à l'échelle photographique ». Il s'est vu lui-même en communiant, de la même façon ; l'image est sortie de son ventre et il a ressenti « comme un déclic ».

Si les hallucinations auditives et cénesthésiques ont accompagné parfois les hallucinations lilliputiennes, elles

ont existé aussi de façon indépendante : D... entend des voix d'hommes, de femmes, des allusions au médecin qui l'interroge, des phrases telles que : « le théorème d'Euclide n'est pas vrai »..... Il a essayé de se boucher les oreilles; cela a continué.

Couché, il a senti des animaux, des diables lui donnant « la sensation de faire tourner une vertèbre ». Il a eu l'impression d'écraser dans son lit, la cuisse d'un jeune enfant; il a eu à subir des « attaques sensuelles » : air chaud dans l'urètre, qui provoque des érections et la goutte militaire : ses soupçons se portent sur un de ses anciens camarades.. Il a senti des odeurs de sève, de thym, de cyprès.

Les troubles sensoriels paraissent avoir existé dans ce que le malade appelle ses « quatre résidences » : Epinay, Saint-Germain, Clermont, le pensionnat de Fitz-James. Depuis la mi-avril, affirme-t-il, tout a disparu. L'état mental a d'ailleurs subi une modification sensible, après la série de piqûres, en même temps que le malade engraisait notablement. Bien orienté, attentif, d'attitude correcte, il exprime le désir de quitter l'Asile. Mais le psychisme reste troublé: D.... parle rétrospectivement des scènes dont nous avons ci-dessus rapporté les extraits les plus caractéristiques, comme d'une chose très naturelle. Il n'y apporte aucune rectification, ne se rend pas compte de sa situation réelle, cherche à s'évader..... Il reste volontiers au lit, y dessinant des motifs divers, d'ornementation.



C'est à dessein que nous avons donné à cette observation une étiquette assez imprécise, en l'intitulant « syndrome hébéphrénique » et non : démence précoce. Elle diffère, en effet, des cas de D. P. classique, type Morel, où l'on ne rencontre pas le début brusque, l'amélioration après quelques mois. Mais cette amélioration est incomplète et limitée, semble-t-il, aux troubles surajoutés. Elle laisse subsister en particulier l'atteinte des fonctions critiques contrastant avec un état suffisant de l'attention, de l'orientation générale et de la mémoire. Cette discordance nous semble par elle-même caractéristique, justifiant un pronostic réservé, quel que soit le diagnostic adopté.

Un point à souligner d'abord est celui qui concerne l'étiologie. La réaction de B.-W., faiblement positive



avant l'entrée, la réactivation après traitement, le résultat somme toute favorable de celui-ci induisent — sans parler d'une jonction médiane des sourcils — à penser que la syphilis (virginité alléguée) a pu jouer un rôle dans l'étiologie de l'affection. Nous posons la question sans la résoudre, ajoutant que ce cas pourrait être rapproché de ceux décrits sous le nom de démence précoce syphilitique par M. Marchand.

Mais ce que nous avons surtout voulu mettre en évidence, c'est l'existence, dans ce syndrome hébéphrénique, d'hallucinations lilliputiennes. Leur réalité ne nous semble pas contestable. Certaines expressions du malade pourraient faire penser à des troubles d'ordre purement imaginatif (yeux fermés..., apparition volontaire...). Mais la description toujours identique donnée à des interlocuteurs différents, à sa famille aussi (que nous avons chargée de contrôler ses dires), le fait que D... cesse d'être le spectateur des scènes sans cesser de croire à leur réalité ; que, plus spécialement, il croit à l'existence des petits personnages (cachés derrière un écran quelconque) lorsqu'ils ont disparu de son champ visuel... nous paraissent garants de sa sincérité.

Les phénomènes qu'il décrit, et dont nous avons provoqué la description en évitant au maximum la suggestion et les questions posées, présentent bien, d'ailleurs, la plupart des caractères indiqués par M. Leroy : multiplicité et mobilité des personnages, coloration fréquente, personnages et animaux donnant l'apparence de la vie réelle. Par contre, l'impression produite n'a pas en général un caractère agréable : il ne s'agit pas toutefois de frayeur, de crainte même, mais plutôt d'agacement, d'importunité. On peut noter en outre que, dans notre observation, comme dans les cas présentés par M. Salomon (1), les hallucinations lilliputiennes ne sont pas muettes ; elles intéressent le tact et l'ouïe. Enfin, si les personnages apparaissent colorés, il s'agit de *tons noircis, passés*, et non éclatants, de *motifs ombrés*...

---

(1) A. M.-P., mars 1922.

Le syndrome se rencontre, on le sait, surtout dans les états toxi-infectieux. M. Halberstadt rappelle que la première période de la D. P. est celle où dominent les phénomènes d'auto-intoxication ; se basant sur une observation personnelle, il pense que les hallucinations lilliputiennes ne sont pas exceptionnelles dans cette affection.

Nous avons recherché chez notre malade les signes d'insuffisance hépato-rénale par diverses épreuves : indican, urobiline, épreuves de Roch, élimination du bleu. Tous résultats négatifs. Tension artérielle normale : 13 1/2 — 6. Urée sanguine : 0,30 par litre. Épreuves pharmaco-dynamiques (pilocarpine, atropine, adrénaline, nitrite d'amyle) sans résultats positifs dans aucun sens.

Rien ne permet d'affirmer une action, soit du virus syphilitique, soit même du traitement arsenical, sur le fonctionnement hépato-rénal. Cliniquement, toutefois, il faut remarquer l'accentuation des hallucinations lilliputiennes après les premières injections de novarsénobenzol.

Enfin, un élément est à retenir ici, pour une double raison, la *tendance au rêve*, qu'a toujours présentée peu ou prou notre malade, et qui n'a pas manqué d'être remarquée par ses proches.

On sait, en effet, toute l'importance attribuée par le P<sup>r</sup> Claude et son école aux états de rêverie dans leurs rapports avec les états « schizophréniques ».

On connaît, d'autre part, la fréquence des hallucinations lilliputiennes dans les états hypnagogiques et le rêve. Dans le cas particulier, la tendance à la rêverie paraît avoir joué un rôle important dans la genèse du processus psychique, cette rêverie empruntant son contenu aux habitudes du malade, à ses occupations professionnelles, d'où le caractère en quelque sorte plastique de ses hallucinations.

## Hallucinations lilliputiennes dans un cas de démence précoce

Par M. R. LEROY

Les hallucinations lilliputiennes au cours des états chroniques (démences ou délires systématisés) ont été, depuis quelques années, l'objet de travaux assez nombreux (1). Halberstadt en publiait un cas très atypique au début de la démence précoce. Prince, dans deux communications faites ici même, signalait l'existence de ces troubles psycho-sensoriels chez des déments ou des délirants chroniques. Plus récemment, Sonn, dans sa thèse (2), observait chez certains délirants systématisés des hallucinations lilliputiennes représentant de petits personnages, habillés avec des vêtements aux couleurs voyantes, s'agitant, mais plutôt désagréables.

Les visions minuscules présentées par les déments n'ont généralement pas le caractère typique du syndrome, tel que je l'ai décrit et comme on le rencontre souvent dans les états oniriques toxiques ou toxico-infectieux. Du reste, l'Etat affectif primordial conditionne l'hallucination, comme le délire. Le sujet est-il organiquement euphorique ? c'est l'hallucination lilliputienne mobile, colorée et agréable. Le sujet éprouve-t-il de la douleur ? nous voyons apparaître l'hallucination lilliputienne désagréable (3). Il en résulte donc que, dans les états anxieux, comme chez les persécutés à état affectif toujours pénible, l'apparition revêt un caractère douloureux.

L'affaiblissement intellectuel, le mélange des pensées, la perte des liaisons logiques, l'incohérence des idées, le dérèglement de l'imagination peuvent encore, selon le cas, compliquer le tableau clinique et donner à l'hal-

---

(1) R. LEROY. — Le syndrome des hallucinations lilliputiennes. *Monde médical*, 15 avril 1922.

(2) SONN. — Troubles psycho-sensoriels d'ordre visuel dans les psychoses hallucinatoires chroniques. *Thèse Paris*, 1924.

(3) R. LEROY. — Les états affectifs dans les hallucinations lilliputiennes. *Journal de psychologie*, 15 février 1925.

lucination, chez les délirants chroniques ou les déments, une forme plus ou moins atypique.

Voici l'observation d'une démente précoce présentant, depuis près d'un an, des hallucinations lilliputiennes :

Louise F..., âgée de 32 ans, est entrée à l'asile de Maison-Blanche, le 27 octobre 1924, avec le certificat suivant du 7 juillet : *Désorientation, troubles profonds de l'attention, indifférence affective, propos souvent peu cohérents et non adaptés. Vagues idées délirantes pauvrement exprimées, non systématisées et souvent absurdes. Rires discordants. Maniérisme, grimaces, négativisme. Tendances aux impulsions et aux fugues. Période d'agitation actuelle. Déjà internée à Villejuif en 1926 à l'âge de 22 ans. Possibilité de démence précoce.* (Borel), diagnostic confirmé par notre confrère à la quinzaine.

Je serai très bref sur l'observation prise dans le service. Attitude toujours bizarre, maniérée, énigmatique. Sentiment d'étrangeté intérieur avec quelques vagues idées de persécution. Incuriosité. Stéréotypies (demande chaque jour sa sortie et va se recoucher ensuite). Cherche constamment à s'évader pour rejoindre, dit-elle, son petit garçon. Discordance. Aucune confusion intellectuelle. Hallucinations auditives épisodiques à caractère affectif variable, tantôt désagréable, tantôt agréable, c'est ainsi qu'une voix lui dit : « si tu viens, tu seras la plus belle des femmes ». Rit à chaque instant : « c'est, dit-elle, parce que j'entends causer et que j'ai la transmission des pensées, on m'envoie des pensées gaies. »

En juin 1925, nous sommes surpris de voir la malade se mettre à genoux par terre et contempler, en souriant, une scène imaginaire. « Je vois des anges partout, dit-elle avec un visage épanoui de bonheur, les voyez-vous ? ils n'ont pas d'ailes, hauts comme votre porte-plume ; rosés, violets, habillés de toutes les couleurs ». Elle fait le geste d'en prendre un avec la main et de me le donner ; « tiens, il est tombé, il a glissé sur votre blouse » et elle cherche à le ramasser par terre. Il y a, paraît-il, un mois que les anges la suivent ; ils sont très nombreux et courent sur son lit. D'autre fois, ce sont des démons noirs ou bleu marine. Quelques jours après, Louise, assise près d'un bureau, admire les petits anges évoluant sur le meuble et retire son coude de peur de les gêner. L'hallucination a bien ici les caractères de mobilité, de coloration et d'enjouement. Ce spectacle se reproduit plusieurs jours de suite pendant 3 mois.

Dans le courant d'avril 1925, nous voyons Louise, qui est généralement couchée, tirer quelque chose de son pied droit. Ce sont de petits chevaux de 0,15 environ, blancs ou noirs, des enfants à bicyclette de 0,04 à 0,05 habillés de tabliers de toutes couleurs, des régiments de soldats : français, albanais, allemands, russes, chacun avec l'uniforme national. Le nombre de ces soldats est grand : une centaine peut-être, quelquefois moins. Il y a des cavaliers et des fantassins, un commandant à cheval dirige chaque régiment. Ces petits personnages courent par terre, se mélangent ; quand ils sont séparés les uns des autres, ils ne savent plus où aller. L'état affectif concomitant est encore nettement agréable, car la malade rit aux éclats.

Ce délire hallucinatoire est devenu diffus et absurde. Une véritable fantasmagorie lilliputienne sort des pieds de la malade et « carapatte par terre » : des anges, qui parfois montent en l'air, des religieuses plus grandes, de petits bonshommes, de petits Chinois qui lui disent : renonce. Ce sont ses enfants et elle marche les jambes écartées pour ne pas les écraser. Elle « féconde » et doit quitter l'asile au plus vite pour les sauver et faire ce travail-là avec sa famille. On la voit pendant des heures tirer des fils de ses pieds, au point que les infirmières la surnommèrent la *fileuse*. Elle se déchausse, secoue ses bas et va à la fenêtre pour faire partir ces minuscules personnages. Ils naissent surtout quand elle est couchée ; quand elle est debout, ils « viennent mal » et sont piétinés. Ce sont des morts qui ressuscitent. Elle a été en *gestes* à 9 ans, enceinte à dix ans sans avoir connu d'homme. (Louise a eu trois enfants naturels, dont un vivant). Elle est devenue folle d'amour et son ami aussi.

Les visions semblent disparues depuis un mois. Il est impossible de savoir quel état affectif les accompagnait, car la malade se montre de plus en plus incohérente. On constate la présence d'idées de grandeur ; ce travail lui aurait rapporté 160 millions.

Nous sommes bien ici en présence de véritables hallucinations visuelles avec leur objectivité spatiale. Louise a l'attitude et la mimique d'une personne attentive aux tableaux perçus, suivant du regard et ramassant ces petits êtres imaginaires. Aucune suggestion n'a existé ; la malade nous a raconté spontanément son délire à notre grande surprise. Aucun trouble de la cénesthésie, aucune croyance à la possession diabolique ou à l'introduction dans le corps de personnes étrangères ou d'animaux.

EXAMEN PHYSIQUE. — Ancienne coxalgie soignée dans l'enfance ; pas d'alcoolisme, pas d'insuffisance hépatique ; urines normales ; menstruation régulière ; hypertrophie peu marquée du corps thyroïde avec légère tachycardie et instabilité du pouls, pas de tremblement ; réflexes vifs. Pas de micropsie. Réaction de Bordet-Wassermann négative dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

En résumé, nous nous trouvons en présence d'une démente précoce indifférente et maniérée qui, en dehors d'une association toxique ou infectieuse importante reconnue, a fait un délire hallucinatoire visuel lilliputien typique avec état affectif agréable. Ce délire, qui s'est prolongé pendant près d'un an, est devenu progressivement fantastique et incohérent avec l'aggravation de la maladie. Les visions sont réelles, nullement artificielles, et s'accompagnent d'illusions tactiles concernant les petits personnages. Rappellent-elles certains souvenirs surtout infantiles ? Nous n'en savons rien.

Il nous a été impossible de connaître le fond mental constitutionnel de cette malade, mais nous pouvons affirmer son érotisme, maintes fois exprimé par son attitude et par des hallucinations auditives : « Des voix me disent que je suis mariée avec vous. » Est-elle mystique ? il est logique de le supposer, tant en raison de la forme du délire hallucinatoire que du rapport classique entre les idées mystiques et érotiques.

Cette observation nous montre chez une D. P. la présence d'un épisode hallucinatoire onirique important de longue durée. Ces cas se montrent rarement. Il est encore plus exceptionnel de voir cet onirisme prendre exclusivement la forme lilliputienne.

## DISCUSSION

M. Pierre JANET. — Les hallucinations lilliputiennes ont été souvent et longuement étudiées au point de vue clinique, il serait bon de les analyser aussi au point de vue psychologique. Sans insister sur le phénomène hallucination qui n'a rien de spécial, j'attire

l'attention sur les particularités suivantes des hallucinations lilliputiennes : elles sont *petites, brillantes*, elles apparaissent au sujet comme des phénomènes particulièrement *intéressants* et *réels*. Or des particularités semblables se retrouvent dans la micropsie que j'ai étudiée il y a déjà longtemps. Je rappelle l'observation d'une malade qui d'ordinaire ne pouvait pas croire à la réalité de ce qu'elle voyait ; un jour, à la suite d'une émotion, brusquement les objets extérieurs lui parurent réels : le pont sur lequel elle se trouvait, les passants, les voitures, mais en même temps elle fut surprise par cette particularité que tout lui paraissait tout petit. Une autre de nos malades atteinte de psychasthénie grave disait qu'elle passait par des états *noir-noir* ou tristesse profonde, par des états de *champagne* ou gaité pétillante, des états de *vide*. D'habitude, dans les états de tristesse, elle ne pouvait penser à rien d'intéressant de sa vie passée, elle ne pouvait plus se représenter ni son père, ni sa mère, ni son jardin. « Tout est si gris, si décoloré, disait-elle, que je ne les reconnais plus, je n'éprouve rien, je ne suis pas la même, on dirait que ce n'est pas mon père. » Un jour, elle se trouva brusquement dans un état analogue à celui de la malade précédente et s'écria : « Je les ai reconnus ! Mais tout ce que je me représentais à ce moment était si petit ! Quand je me représente mon père grand, il est gris et je ne sens pas que c'est lui ; quand je me le représente tout petit, je le reconnais, je sens que c'est mon père. »

Ces observations suggèrent une direction d'études.

D'abord, les objets visuels, en eux-mêmes, n'ont aucune dimension ; ils ne sont grands ou petits que relativement aux autres et à leur distance de notre œil. Cependant, certains objets sont toujours vus avec la même dimension, quelle que soit la distance ; par exemple, nous voyons toujours un homme en « grandeur naturelle ». L'appréciation de la grandeur est un *acte* et un *mouvement*. Si nous voyons petit, c'est que nous avons tendance à faire et à nous représenter des mouvements petits, et inversement ; les malades mentaux, les psychasthéniques en particulier, ont

horreur des grands mouvements. Certains ont de véritables micromanies, ils ne s'occupent que de petits objets, de petits insectes, de microbes. Les Indiens du Mexique sont une race intelligente et artiste, mais paresseuse et sans volonté; leurs productions artistiques sont lilliputiennes: puces habillées, terres cuites minuscules. N'y aurait-il pas dans les hallucinations lilliputiennes des éléments de ce genre? Les malades ont tendance au rétrécissement de l'action et de la pensée. Pour sentir la réalité d'une perception ou d'une image, pour ajouter à la représentation un sentiment quelconque, c'est-à-dire pour faire un acte de régulation, ils sont obligés de réduire les mouvements qui constituent cette représentation, et celle-ci leur paraît toute petite. Même dans la rêverie, quand ils jouent avec des représentations, ils ne sont pas capables de jouer avec des objets de dimensions normales, et ils les réduisent. C'est cette réduction elle-même qui peut devenir le point de départ du caractère enfantin de ces représentations.

En un mot, je vous propose dans la notion de grandeur apparente des perceptions ou des représentations de tenir compte des mouvements et de leur grandeur, et, dans l'étude des hallucinations lilliputiennes, de tenir compte de l'économie des mouvements, qui est en rapport avec la diminution de la grandeur.

M. HESNARD. — Cliniquement, les psychasthéniques qui ont des hallucinations lilliputiennes sont rares. Ces hallucinations s'observent surtout chez les alcooliques, qui ont une grande exubérance d'action et de mouvements. Cela semble en opposition avec la théorie que vient d'exposer M. Janet.

M. JANET. — Chez l'alcoolique, on constate une exaltation de l'activité motrice inférieure, mais les opérations supérieures sont inhibées. Ils entrent dans le groupe des asthéniques mentaux.

M. HESNARD. — Les hallucinations lilliputiennes ont souvent un caractère *infantile*, qui me paraît bien plus important que ceux sur lesquels insiste M. Janet. Les



malades qui présentent ce symptôme sont souvent des rêveurs obsédés par des souvenirs d'enfance. Cette régression se manifeste par le contenu des hallucinations : bicyclettes, polichinelles, jouets, etc.

M. DUMAS. — Un autre caractère important est l'abondance de petites hallucinations : ce sont souvent des cortèges qui défilent. Je signalerai l'existence des hallucinations lilliputiennes chez les grands mystiques (Jeanne d'Arc, sainte Rose de Lima).

M. HESNARD. — Il faut aussi signaler leur caractère érotique.

M. TRÉNEL. — M. Janet a cité l'exemple de toute une nation qui a tendance à la micropsie. L'art japonais est aussi remarquablement micropsique ; or, le peuple japonais est à l'heure actuelle le plus actif et le plus énergique de l'humanité. Cette remarque me paraît en opposition directe avec les théories de M. Janet.

M. CHARPENTIER. — Les hallucinations lilliputiennes ne sont pas toujours des cortèges ; dans le cas que j'ai observé, il s'agissait d'objets indifférents : chaises, petits nains, etc.

M. REVAULT D'ALLONNES. — Une réduction de dimensions donne l'impression d'un objet amusant et curieux. C'est le cas quand on regarde par le gros bout de la lorgnette. Dans un récent spectacle de music-hall, une danseuse paraissait, par un jeu d'optique, minuscule, et donnait ainsi une impression plus intéressante et agréable. De plus, dans les hallucinations lilliputiennes et les réductions en général, les couleurs paraissent plus vives et plus brillantes. Il est probable que c'est par une raison physique très simple, tenant à la diminution de surface.

M. DUMAS. — L'état affectif du patient n'est pas seulement agréable ; c'est encore un état d'ironie et de jeu. Je considère, contrairement à M. Revault d'Allonnes, que les hallucinations lilliputiennes sont l'expression d'un état affectif agréable préalable, au lieu de le provoquer.

## Cénestopathie et périodicité

Par P. BAILEY, M. MONTASSUT et M. CÉNAC

Nous rapporterons brièvement l'observation d'une malade accusant périodiquement un état cénestopathique des plus purs, sans être pour cela imputable à la forme dépressive de la maniaque dépressive. Les troubles apparaissent par accès et disparaissent complètement au cours des périodes intercalaires.

Il s'agit d'une malade âgée de 32 ans, qui entre, en décembre dernier, à la Clinique pour cénestopathie céphalique. Les antécédents sont particulièrement chargés et intéressants à signaler. La mère, normale au double point de vue somatique et intellectuel, fut mariée à un paranoïaque jaloux ; elle eut de ce mariage trois enfants : l'aîné, mort à quelques mois d'une malformation cardiaque, le second, actuellement vivant, est un paranoïaque hypochondriaque persécuteur de médecins, la troisième est notre malade. Les sévices endurés par la mère ayant abouti au divorce, celle-ci se sépare du mari et se remarie avec un individu normal, dont elle a 2 enfants absolument indemnes de toute tare névropathique.

De caractère gai, aimable, d'une intelligence au-dessus de la moyenné, notre malade occupe depuis longtemps un emploi de confiance dans un contentieux. Ses fonctions, cependant, ont dû être interrompues à plusieurs reprises par des manifestations psychopathiques de durée variable.

Le premier accès se manifeste à 18 ans, il dure 3 mois ; le tableau est celui d'un délire polymorphe, avec prédominance d'idées de persécution et de préoccupations érotiques.

La *restitutio ad integrum* est parfaite et, pendant 5 années, la malade peut s'acquitter à nouveau de ses fonctions, à l'entière satisfaction de ses patrons et de sa famille.

A 23 ans, nouvel accès, favorisé peut-être par les

émotions de l'invasion allemande. L'état primitif est celui d'une dépression mélancolique atténuée, sans douleur morale vive. Le malaise organique est très discret au début, mais s'exagère brusquement et se localise au bout de quelques semaines, pour donner un tableau cénestopathique des plus purs. La malade déclare que, « brusquement, elle a senti que quelque chose s'était déclanché dans sa tête, que celle-ci depuis se rétrécit et durcit, qu'elle n'a plus d'idées, etc. » L'intensité des réactions anxieuses motive plusieurs tentatives de suicide et l'internement. Après 7 mois de séjour à l'Asile, elle sort guérie et peut reprendre ses occupations. Au cours de l'intervalle, elle apparaît absolument normale et n'accuse que très rarement les troubles cénesthésiques précités.

Rechute au mois d'août 25 ; l'état dépressif avec inhibition légère se manifeste en même temps que l'état cénestopathique, mais celui-ci est, dès le début, localisé et le tableau est absolument superposable à celui de l'accès précédent. Malgré le grand luxe de détails et le renfort d'images et de comparaisons, la malade ne peut situer ni définir exactement ses troubles. Elle a la même sensation pénible qu'autrefois. « Depuis, dit-elle, je croyais que ce n'était rien, mais je suis sûre que je me suis décroché quelque chose. » Des investigations imprudentes l'ayant orienté vers la possibilité d'une lésion hypophysaire, elle n'a de cesse pour réclamer de nouvelles radiographies, voire la trépanation. « C'est ma selle turcique qui tord mon cerveau. Il faudrait remettre mon cerveau en place, j'ai l'impression qu'il va disparaître complètement, je le sens tout rétréci. Il est si rapetissé que je pourrais le prendre entre deux doigts. C'est un bloc de bois, un pavé sur lequel on aurait mis mes yeux ; je le trouve comme un objet. Je ne sens plus mes idées, il me semble que je cause d'une façon automatique, que je n'ai plus de pensée intérieure. Je suis dans un état de néant, qu'on m'opère. » L'état somatique ne présente rien de particulier ; si la présence d'un rhinophyma avait justifié l'orientation du diagnostic vers une tumeur hypophysaire, l'absence d'hyperplasie des extrémités, les résul-

tats négatifs de l'examen neurologique et radiographique doivent le faire rejeter.

Ainsi, nous nous trouvons en présence d'un état cénestopathique des plus caractéristiques. Nous y trouvons les caractères que lui avaient assigné Dupré (1) : sensations anormales, étranges, indéfinissables, plus pénibles que douloureuses, dont le caractère insolite inquiète et trouble le malade, sans toutefois entraîner un état délirant, et s'accompagnant de la conscience d'un état morbide. La tare névropathique assignée s'y retrouve également ; nous avons signalé la lourde hérédité de la malade. Fait intéressant : le frère présente également des troubles cénesthésiques abdominaux, qui ont entraîné des interprétations hypochondriaques et des revendications actives à l'égard de certains chirurgiens qui l'ont inutilement laparatomisé et d'autres qui ont refusé de nouvelles interventions.

Le fait intéressant est le caractère périodique de ces manifestations, leur absence dans les périodes intercalaires. Nous ne saurions assimiler l'état présenté par cette malade à l'état cénesthésique du mélancolique. Les signes de cette affection, s'ils sont primitifs, sont par contre très discrets et vite masqués par l'état cénestopathique. Nous pensons qu'il s'agit ici d'associations morbides, l'état dépressif révélant un état cénestopathique très discret.

L'examen des réactions vaso-motrices (2) de cette malade a donné des résultats intéressants. Sans vouloir l'interpréter, nous avons trouvé une corrélation manifeste de l'intensité des troubles avec une hypertension veineuse, augmentation de la viscosité sanguine et taux des globules rouges. Inversement, ces diverses valeurs sont revenues simplement à la normale au cours d'une rémission spontanée et passagère.

La séance est levée à 18 h. 30.

*Les Secrétaires des séances :*

BUSSARD, GUIRAUD.

---

(1) Cénestopathies. *Encéphale*, déc. 1907.

(2) M. MONTASSUT et A. LAMACHE. — Troubles cénesthésiques et Réactions vaso-motrices. *Soc. psychiatrie*, mars 1926.

# ANALYSES

---

## LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

---

### MÉDECINE GÉNÉRALE

Les débuts de la tuberculose pulmonaire, par M. L. RIBADEAU-DUMAS, Bibliothèque des Connaissances médicales, Flammarion, éditeur. 1 vol., 10 francs.

L'importance du problème de la tuberculose méritait une étude documentée et simplifiée à l'usage des médecins non spécialisés. Elle est pleinement réalisée dans ce volume. Après un exposé des notions anatomo-pathologiques actuellement acquises, l'auteur envisage les questions délicates du terrain, de la contagion et de l'hérédité. Il conclut que « l'hérédité de graine » n'existe pas, mais qu'il y a une hérédo-dystrophie bacillaire, cause fréquente de la mortalité et de la débilité infantiles et que, d'autre part, la prédisposition des hérédo-tuberculeux à contracter la phtisie n'est pas prouvée, certains médecins admettant l'augmentation, d'autres la diminution de leur résistance à l'infection tuberculeuse. A la fin du chapitre que M. Ribadeau-Dumas consacre à la prophylaxie, il cite les travaux récents de M. Calmette et de ses collaborateurs sur l'immunisation contre la tuberculose. Les expériences de ces auteurs tendent à démontrer que le meilleur moyen de prévenir la tuberculose pulmonaire serait de vacciner les nouveau-nés suivant la technique qu'ils ont développée.

P. CARRETTE.

Traité d'hématologie clinique, par M. J. RIEUX, professeur au Val-de-Grâce. 1 vol. in-8°, 770 pages et 16 planches hors-texte. Doin, éditeur, 70 francs.

Ce traité est une édition nouvelle du précis écrit par l'auteur en 1911. La technique hématologique est d'abord exposée, puis vient une étude physiologique et pathologique où la terminologie des figures cellulaires a été heureusement simplifiée. La question du rôle des globulins y est discutée

avec les éléments d'appréciation résultant des dernières recherches. La pathologie comprend trois parties ; la première, analytique, envisage les altérations du sang et des organes hématopoïétiques ; la seconde décrit les syndromes avec leur diagnostic histologique et leur traitement ; la troisième est consacrée à la parasitologie du sang. Une étude sur la transfusion termine cet excellent ouvrage utile à ceux que tente le laboratoire et au clinicien qui y trouve la solution de nombreux problèmes de la pathologie courante.

P. CARRETTE.

### MÉTAPSYCHIE

**Le mystère psychique**, par M. G. DANVILLE, 1 vol., 9 francs. Félix Alcan, éditeur.

Voici un procès clair et logique de la méthode métapsychique. L'auteur constate que certains faits enregistrés par les « spirites » étant dus à une observation imparfaite ou à la supercherie, il n'est pas besoin d'hypothèses pour les expliquer et que les autres phénomènes, ceux-là indubitables, sont le résultat d'une coïncidence. Pour lui l'état d'esprit des métapsychistes qui « est celui de tous les croyants, entraîne la prédominance de la logique sentimentale sur la logique rationnelle ».

P. CARRETTE.

### MORPHOLOGIE

**Les variations du corps humain**, par L. DUBREUIL-CHAMBARDEL (1 vol. in-18, 250 pages, 10+ fig., in *Bibl. des Connaissances médicales*, dirigée par le Dr APERT, Ernest Flammarion, édit., Paris, 1925).

M. Dubreuil-Chambardel, professeur d'anatomie à l'Ecole de médecine de Tours et à l'Ecole d'anthropologie de Paris, président de la Société d'anthropologie, s'est spécialisé dans l'étude de la *tératologie*. Il passe ici en revue les principales variations morphologiques du corps humain.

A propos des variations générales du corps, il décrit les différentes sortes de gigantisme et de nanisme, les dystrophies de la croissance. Signalons encore les chapitres consacrés aux variations des membres (polydactylies, syndactylies, ectrodactylies, hémimélies, etc.), de l'appareil urogénital, du tégument (hypertrichose, troubles pigmentaires), etc. Des figures représentent les variations les plus importantes et complètent l'importante documentation de ce traité de Tématologie humaine que l'on consultera avec fruit.

René CHARPENTIER.

## NEUROLOGIE

Les Tumeurs du Cerveau, par le Professeur VIGGO CHRISTIANSEN, médecin en chef de l'Hôpital Royal du Danemark, membre de l'Académie de Médecine de Paris, avec une *Préface* du Professeur PIERRE MARIE. — (Deuxième édition publiée avec le concours du D<sup>r</sup> Edmond Terris, 1 vol. in-8°, 400 pages, 107 fig., Masson et Cie éditeurs, Paris, 1925.)

Nous avons rendu compte de la première édition de ce livre dans lequel, écrit M. le Professeur Pierre Marie, l'auteur se retrouve tout entier, avec son esprit clair, son enthousiasme pour la science, sa spontanéité et la *vis poetica* qui est une des caractéristiques de sa personnalité et de son talent.

Il est inutile de rappeler que ces leçons sont un modèle d'exposé clinique, de clarté, de logique des déductions et que les malades y sont présentés de telle façon que le lecteur les voit comme s'ils étaient devant lui.

Le succès de la première édition française (la première édition danoise est de 1917) fut tel qu'au bout de deux ans le livre était introuvable en librairie. La deuxième édition française a été complètement revue. Des observations particulièrement démonstratives ont été ajoutées. Les faits nouveaux, tels que ceux concernant les tumeurs chiasmatiques, l'encéphalite chronique, les résultats de la thérapeutique chirurgicale, etc., ont amené des modifications profondes dans le texte du volume dont le plan n'est pas modifié.

On peut prédire à cette deuxième édition, dédiée à la mémoire de Jean-Martin Charcot, le même succès qu'à la précédente.

René CHARPENTIER.

## PHYSIOLOGIE

Le Cerveau et le Cœur, par G. FANO, professeur à l'Université de Rome (1 vol. in-16, 212 pages, avec fig. dans le texte, in *Nouvelle Collection Scientifique*, traduit de l'italien par G. Caputo. *Préface* de M. le D<sup>r</sup> GLEY, professeur au Collège de France, Félix Alcan édit., Paris, 1925).

L'ouvrage de M. G. Fano dépasse de beaucoup la pure physiologie. Ses expériences sur la glande thyroïde, sur la coagulabilité du sang, sur l'action des enzymes, sur les modes d'échanges entre les cellules et le milieu extérieur, ses investigations sur le développement de la fonction car-

diague chez l'embryon et sur l'automatisme du cœur intéressent tous les médecins. Ses ingénieuses recherches sur le cerveau de la tortue sont une aide précieuse pour la connaissance du fonctionnement cérébral.

René CHARPENTIER.

## PSYCHANALYSE

Freud. L'Homme. La Doctrine. L'Ecole, par Fr. WITTELS (1 vol. in-16, 240 pages, trad. de l'allemand par Mlle L.-C. HERBERT, Félix Alcan, édit., Paris, 1925).

Le livre de M. Wittels contient les grandes lignes d'une biographie. L'auteur qui a travaillé avec le Professeur Freud, le montre à Vienne, d'abord, puis à Paris et à Nancy, auprès de Charcot et de Bernheim. Il le montre ensuite entouré d'élèves, de collaborateurs tels qu'Adler, Stekel, Jung. Signalant les uns après les autres les ouvrages du Maître, il montre comment est née la psychanalyse et comment de nouvelles observations sont venues préciser et compléter la doctrine.

Il n'est pas temps, ajoute en terminant M. Wittels, de formuler un jugement définitif sur Freud qui vit et travaille encore.

René CHARPENTIER.

Le rêve et la psychanalyse, par le Dr R. LAFORGUE (1 vol. in-12, 250 pages, Norbert Maloine, édit., Paris, 1926).

Ce volume est, en réalité, un recueil de travaux relatifs au rêve, travaux écrits par différents auteurs auxquels M. Laforgue tient à laisser la responsabilité des opinions qu'ils émettent. Des chapitres sont consacrés successivement : aux conceptions antiques et populaires du rêve par M. R. Allendy, à la psychologie du rêve dans la tradition française par M. R. de Saussure, aux caractères généraux du rêve par M. R. Allendy, aux doctrines de Freud par M. R. de Saussure, à la signification et à l'interprétation des rêves par M. R. Allendy, au transfert par M. R. Laforgue, à la notion de schizonoïa par MM. Ed. Pichon et R. Laforgue, aux rapports qui existent entre le rêve et les états schizonoïaques par M. R. Laforgue.

Ces travaux sont précédés d'une introduction écrite par M. Hesnard pour « le public non initié à la psychanalyse », introduction dans laquelle il expose la théorie psychanalytique du rêve, insistant sur l'intérêt scientifique de cette étude et sur ses incertitudes actuelles.

René CHARPENTIER.



Le Freudisme, *Exposé et critique* par le Dr J. LAUMONIER (1 vol. in-16, 172 pages, in *Bibliothèque de Philosophie contemporaine*, Félix Alcan, édit., Paris, 1925)..

Nouvel exposé de la psychanalyse, de sa genèse, de ses applications aux névroses, de ses applications à la vie normale individuelle et collective. De cet exposé, M. Laumonier conclut que, « le freudisme ne saurait justifier les prétentions qu'il affiche à tenir le rôle héroïque en psychiatrie et à asseoir sur des bases nouvelles la psychologie, la morale et l'histoire de la civilisation ».

René CHARPENTIER.

## PSYCHOLOGIE

Les fondements biologiques de la Psychologie, par JEAN LHERMITTE, professeur agrégé de psychiatrie à la Faculté de Médecine de Paris (1 vol. in-8°, 24 pages, 6 fig., in *Collection Science et Civilisation*, Gauthier-Villars et Cie édit., Paris, 1925).

Les processus les plus spécifiquement psychiques ne peuvent éclore et se développer que soutenus et alimentés par l'activité des centres encéphaliques. Tout fait de conscience est sous-tendu par une activité nerveuse. S'il n'existe pas de centres dans le sens étroit du terme, le cerveau comprend cependant des régions déterminées dont les modifications physiologiques ou morbides s'accompagnent d'un retentissement précis sur la sphère psychologique. L'étude des faits de conscience ne vaut qu'appuyée nécessairement par la connaissance chaque jour plus précise de l'activité (normale ou déviée, soit par les processus morbides, soit par les conditions expérimentales) du système nerveux tout entier.

M. J. Lhermitte donne d'abord un aperçu des théories et des hypothèses proposées au cours des siècles pour expliquer la nature des phénomènes psychiques, et montre en Descartes le père de la physiologie neurologique moderne. Il décrit très clairement la structure et la physiologie générale du système nerveux (structure de la cellule et de la fibre nerveuse morte et vivante, l'influx nerveux, sa nature, sa circulation dans l'écorce cérébrale), l'évolution phylogénétique du système nerveux et l'évolution ontogénétique du système nerveux humain.

L'étude du cerveau de l'homme adulte et du système nerveux de la vie organo-végétative (structure et physiologie) sert de base à l'étude des émotions et de leurs expressions

organiques. Avec Kinnier Wilson, M. J. Lhermitte conçoit ainsi la disposition intracérébrale des deux appareils qui assurent la réalisation des deux modes d'expression mimique : automatique ou spontanée et volontaire ou réfléchi. Le premier est le système géniculé dont l'origine se trouve dans les cellules de l'opercule rolandique et dont la terminaison s'effectue dans les noyaux d'innervation des muscles facio-respiratoires. Le second, distinct du précédent, puisqu'il chemine non pas dans la région ventrale du pédoncule et de la protubérance mais dans la région dorsale (la calotte), comporte un centre de relais thalamo-strié relié lui-même, probablement par des voies spéciales, au cortex cérébral. Le support physiologique des émotions est moins à chercher dans les organes périphériques que dans le cerveau lui-même et surtout dans la corticalité. Liée à la diffusion d'une vague d'excitation violente qui ébranle tout le système organo-végétatif et retentit sur l'appareil automatique expressif, l'émotion psychique n'est que l'émergence, dans la conscience, d'un processus cortical d'une qualité très particulière.

M. Lhermitte examine ensuite la physiologie du langage verbal, insistant sur l'importance de l'audition verbale dont dépend le développement du langage intérieur. Il donne un exposé très clair des aphasies et du support anatomique de la fonction du langage verbal. Il montre aussi, par l'étude des amusies, que l'exercice de la pensée musicale exige l'intégrité anatomique et fonctionnelle d'un appareil spécial, distinct de celui qui sert à la pensée verbale et dont les points nodaux vulnérables sont assez bien différenciés.

Etudiant la fonction hypnique, le sommeil et le rêve, l'auteur rappelle qu'il existe dans la région ventro-caudale du troisième ventricule un appareil d'activité physiologique rythmée dont l'anéantissement détermine la dissolution de l'état de veille. Les faits anatomiques permettant de conclure à l'existence de ce centre vigile montrent que l'exercice de la pensée, l'activité proprement intellectuelle ne sont pas sous la dépendance exclusive des processus corticaux. Ils témoignent aussi que l'intensité, la précision, la synthèse de ceux-ci sont réglés par un appareil végétatif, lequel contrôle l'activité cérébropsychique comme les centres mésocéphaliques et bulbaires, la libération du glycogène hépatique, la teneur en eau de l'organisme et, d'une manière plus générale, l'activité du système glandulaire endocrinien.

En terminant, M. Lhermitte, rappelant les travaux de grand intérêt du très regretté Jean Camus, envisage l'hypo-

thèse d'un appareil régulateur du cerveau psychique, vraisemblablement localisé dans le mésocéphale, à côté des centres des fonctions de nutrition. Cet appareil assurerait la régulation normale des manifestations psychiques. Son atteinte pourrait déterminer une série de troubles mentaux en dehors de toute atteinte directe du manteau cérébral. Et M. Lhermitte pense que cet appareil paléencéphalique, régulateur du psychisme, doit siéger non loin du centre vigile, dans cette région basilaire où l'expérimentation et l'anatomie ont fait découvrir des centres organo-végétatifs.

Une sèche analyse est insuffisante pour rendre compte de ce livre dont le texte clair et condensé présente au lecteur sous une forme très didactique les questions qui nous touchent le plus directement, puisqu'elles intéressent notre vie intellectuelle et affective. Tous le liront en entier avec intérêt, particulièrement ceux, et ils sont nombreux, qui cherchent dans des faits anatomo-physiologiques plus que dans des spéculations hasardeuses, l'origine, l'explication et le groupement des troubles de l'esprit.

René CHARPENTIER.

*L'Année Psychologique*, 25<sup>e</sup> année (1924), publiée par HENRI PRÉRON, Professeur au Collège de France et à l'Institut de Psychologie de l'Université de Paris, Directeur du Laboratoire de Psychologie physiologique de la Sorbonne. (1 volume in-8, 734 pages, in *Bibliothèque de Philosophie Contemporaine*, Paris, 1925, Félix Alcan édit.).

Le nouveau volume de *L'Année Psychologique* marque une date dans l'histoire de cette publication : Si le premier volume remonte à 1895, l'actuel est le 25<sup>e</sup> effectivement paru, et dans le prochain tome, des tables générales des Mémoires renfermés dans les 25 tomes parus, marqueront l'importance de leur apport pour la psychologie sous toutes ses formes. Le présent volume, une fois de plus, par la variété des articles qu'il contient, donne un utile aperçu des buts variés et des méthodes différentes de la psychologie scientifique contemporaine.

On y trouvera d'abord un très intéressant article de CH. LADD FRANKLIN sur *l'Etat actuel du problème de la nature des sensations de couleur*, examinant de façon serrée la théorie de Helmholtz et celle de Hering en comparaison avec sa théorie évolutive de la sensation chromatique. A ce chapitre des sensations visuelles, si important par les applications pratiques qu'il comporte, et parce qu'il est l'un des domaines psycho-physiologiques où l'effort des

chercheurs a le mieux réussi à introduire des lois mathématiques rendant compte des processus sensoriels, deux autres mémoires sont consacrés, se plaçant surtout sur le domaine expérimental : l'un, de N. KLEITMAN et HENRI PIÉRON, faisant suite à d'autres recherches sur l'établissement de la sensation lumineuse, de l'un des auteurs, étudie *Les caractères spécifiques des cônes et des bâtonnets, et les spécificités chromatiques dans l'excitation des cônes* ; l'autre, de St. VELINSKI, est consacré à *La théorie du contraste simultané, envisagé d'après des recherches sur l'image consécutive indirecte*.

Un article de M. FOUCAULT, sur *Le rôle du repos dans le travail mental*, aborde ces problèmes du travail et de la fatigue intellectuels si critiques au moment où l'on cherche à améliorer nos vieilles méthodes pédagogiques.

Notre collègue MIGNARD, avec l'appui de cas personnellement étudiés, a donné une brève et suggestive étude sur *La subduction mentale morbide et les théories psycho-physiologiques*.

Enfin, M. J.-M. LAHY, dont on connaît le travail considérable et les travaux originaux effectués depuis de longues années en vue d'une psychologie appliquée à portée sociale et pratique réelle, rapporte en un substantiel article, minutieux et précis, les résultats auxquels il est arrivé au laboratoire de la S. T. C. R. P., en vue de la sélection des conducteurs de tramway.

Dans les Notes et Revues, deux notes techniques : l'une, de Mme HENRI PIÉRON, donne de précieuses indications sur *l'étalonnage des tests mentaux de complètement de séries* ; l'autre, de MARCEL FRANÇOIS, décrit *Un nouveau dispositif expérimental pour l'étude de la sensibilité thermique*.

A ces Mémoires originaux, s'ajoutent plus de 500 pages d'analyses de revues de toutes langues, rendant compte de l'essentiel de la publication psychologique internationale en 1924.

Il faut remercier le Professeur H. Piéron. Appelé en 1913 à succéder à Alfred Binet, il a su, après la guerre, et malgré des difficultés considérables, assurer la publication régulière de cet important recueil, témoin du chemin parcouru depuis 25 années par la psychologie et de la transformation profonde de nos conceptions. Par ses travaux originaux et par sa documentation biographique, l'*Année psychologique* est indispensable à tous ceux qui s'intéressent à la psychologie normale et pathologique.

René CHARPENTIER.

**L'activité psychique. Les réactions centrales dans les phénomènes cérébraux**, par EDMÉ TASSY (1 volume in-16, 128 pages, in *Bibliothèque de Philosophie Contemporaine*, Félix Alcan, éditeur, Paris, 1925).

La psychologie dite expérimentale ou positive étudie les conditions concomitantes de l'idéation et de l'émotion, mais non la formation même des idées et des sentiments, leurs possibilités de production saisies dans les propriétés de la matière nerveuse. Comment, de positive, la psychologie deviendra-t-elle constructive ?

C'est par l'étude des faits de conscience, appuyés sur les faits physiologiques correspondants qu'elle a établi des lois indéniables et acquis le rang de science positive. Mais lorsqu'on cherche ensuite comment les lois, aperçues fragmentairement, se rejoignent pour participer les unes des autres, on risque de se livrer à des interprétations tâtonnantes et divergentes. Or, au-dessous des faits discernables, sont les éléments rendant ceux-ci possibles, maintenant entre eux des relations constantes et unifiantes, les construisant.

L'auteur a voulu montrer ici comment se construit la fonction psychique, celle qui entre en jeu lorsque l'être pensant est immédiatement intéressé à l'action subie ou à l'acte projeté. Il indique que cette fonction se forme, non par les réactions sur l'extérieur, mais par les réactions de la matière nerveuse sur elle-même, et comment celles-ci s'opposent et se différencient progressivement jusqu'à s'individualiser dans des manifestations distinctes et pleinement conscientes.

## SYMPATHIQUE

**Energétique clinique. Physiopathologie. Thérapeutique. Le Sympathique. Le Vague. Les Réflexes de la vie organo-végétative**, par A. MARTINET (1 vol. in-8°, 416 pages, 108 fig., publié par le Dr Martingay, Masson et Cie éditeurs, Paris, 1925).

Le manuscrit de ce livre, déposé en 1922, peu avant la mort du Dr Martinet, a été publié par les soins du Dr Martingay. La première partie est consacrée à l'étude clinique des réactions vago-sympathiques. Des descriptions du syndrome de Raynaud et de la maladie de Basedow prennent place dans le groupe des *hypersympathicotomies*. Etudiant ensuite les *vagotonies*, l'auteur s'attache à l'étude du réflexe oculo-cardiaque et de ce qu'il a appelé le syndrome hyposphyxique. Aux caractéristiques végétatives du tableau

clinique, A. Martinet a ajouté une constante circulatoire (hypotension artérielle, hypoviscosité sanguine) qui en accentue la physionomie et d'où découle une thérapeutique plus directement cardio-angiotonique que neurotonique. Et le syndrome hyposphyxique considéré sous ses deux aspects, circulatoire et végétatif, apparaît comme l'expression d'un tempérament, comme un mode de déséquilibre, à l'opposé duquel se place le syndrome basedowien. L'étude des *amphotonies* l'amène à l'étude des émotions et de la constitution émotive de Dupré.

Dans la *seconde partie*, A. Martinet, passe en revue les indications et les agents de la *thérapeutique végétative*, pharmacodynamie, organothérapie, thérapeutique synthétique de la maladie de Basedow et des hyposphyxies. Il termine cette étude thérapeutique en donnant un schéma général d'action dans les états neurotoniques.

La *troisième partie*, *Energétique physiopathologique*, amène l'auteur à un essai *original* de synthèse énergétique organique générale.

René CHARPENTIER.

**Vagotonies. Sympathicotonies. Neurotonies.** Les états de déséquilibre du système nerveux organo-végétatif, par A.-C. GUILLAUME (1 vol. in-12, 282 pages, 14 fig., Masson et Cie éditeurs, Paris, 1925).

Dans ce nouvel ouvrage consacré au système nerveux organo-végétatif, M. A.-C. Guillaume, après une étude historique de la notion de vagotonie et des états sympathiques, passe, en revue les signes révélateurs de l'atteinte de ce système, la classification des syndromes cliniques, et décrit les syndromes de vagotonie, de sympathicotonie et de neurotonie (intriquée ou alternante) insistant sur l'état mental des sujets. Il signale en passant l'intérêt des recherches en cours sur les rapports pouvant exister entre les états de vagotonie et de sympathicotonie et le degré d'acidité ou d'alcalinité du sang et des tissus.

M. A.-C. Guillaume expose ensuite les résultats fournis par les épreuves et les méthodes d'exploration physiologique (insistant en particulier sur les précautions à observer dans la recherche du réflexe oculo-cardiaque), ainsi que par les méthodes pharmacologiques et chimiques d'exploration du système nerveux organo-végétatif.

S'attachant à l'étude des causes qui provoquent l'apparition des états de déséquilibre nerveux organo-végétatif et de celles qui entretiennent la persistance de ces états, il

conclut que la constatation d'une *vagotonie* ou d'une *vago-neurotonie* doit orienter l'esprit vers l'hypothèse d'une lésion digestive, d'une intoxication exogène ou endogène, d'une infection fruste, d'un hypofonctionnement thyroïdien ou d'un dysfonctionnement génital, d'un surmenage, d'un état affectif dépressif. La constatation d'une *sympathicotonie* ou d'une sympathico-neurotonie, doit orienter l'esprit vers l'hypothèse d'un dysfonctionnement thyroïdien ou d'une émotion forte.

Les syndromes vago-sympathiques ont une importance considérable comme révélateurs d'états latents dont ils contribueront, bien interprétés, à fixer le diagnostic et à déterminer le traitement. On se gardera seulement de cette erreur qui consiste à confondre des réactions physiologiques et des réactions pathologiques fortuites avec des états permanents.

René CHARPENTIER.

### THÉRAPEUTIQUE

Opothérapie endocrinienne, par M. GUY LAROCHE, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-8°, 256 pages. Masson, éditeur, 12 francs.

L'état assez vague de nos connaissances en endocrinologie ne permet pas encore une étude physiologique complète des produits qu'elle utilise. Nous vivons heureusement sur l'espoir de belles découvertes. Nous connaissons déjà l'adrénaline, l'insuline et la thyrotoxine, d'autres agents chimiques seront isolés. Une thérapeutique nouvelle sera bientôt à la disposition de tout praticien.

Le Dr Guy Laroche n'a rien négligé pour rendre accessibles aux moins initiés les notions d'acquisition récente sur les glandes endocrines. Technique des préparations, études cliniques, posologie, actions pharmaco-dynamiques sont exposées dans son livre avec sobriété et compétence, en dehors de tout parti pris, avec l'appui des fondements solides de la physio-pathologie.

P. CARRETTE.

Les eaux minérales, leurs modes d'action, leur emploi, par MM. Maurice PERRIN et Paul MATHIEU. Bibliothèque des connaissances médicales. Flammarion éditeur, 1 vol., 9 francs.

Ce précieux manuel renferme toutes les notions susceptibles de renseigner le praticien sur les cures hydrominé-

rales. Les questions théoriques du captage, de l'exploitation, de la constitution chimique des eaux y sont traitées avec netteté. Mais la partie la plus importante de l'ouvrage résume les indications thérapeutiques pour les maladies des différents organes. Elle est suivie d'un tableau complet des principales stations hydrominérales. Peut-être n'est-il pas inutile de rappeler que certaines stations peuvent être d'un grand secours aux psychopathes qui présentent soit des troubles circulatoires cérébraux, soit des auto-intoxications. Les auteurs n'ont pas négligé de les mentionner. Ils signalent l'effet sédatif des eaux de Nérès, Plombières, La Malou, Aix-les-Bains, La Léchère, Bagnères-de-Bigorre et au contraire l'action tonique sur les psychasthéniques de Bourbon-Lancy, Luchon, Dax, Saint-Amand etc...

P. CARRETTE.

---

## Congrès de Médecine légale

---

Ce congrès s'est tenu à Paris les 27, 28 et 29 mai.

M. le Dr Antheaume, président, dans son discours d'ouverture, s'est déclaré partisan du traitement de la plupart des aliénés délinquants dans le cadre pénitentiaire suivant le système appliqué en Belgique par M. le Professeur Heger Gilbert et M. le Dr Vernaek.

1<sup>o</sup> Rapport de M. le Dr VIELLEDENT, de Lille : Le dosage de l'alcool dans le sang et le diagnostic de l'ivresse.

Le médecin légiste peut être appelé à traiter les questions dans lesquelles l'intoxication alcoolique joue un rôle important.

Dans certains cas, en effet, il y a lieu de savoir si, au moment de sa mort un individu était, ou non, en état d'ivresse. Ce renseignement est nécessaire à la justice lorsqu'elle doit établir la responsabilité d'un accident ou d'une mort suspecte.

Une personne accusée d'homicide volontaire peut invoquer l'état de légitime défense dans lequel elle se trouvait en présence d'un ivrogne surexcité. En cas d'homicide



involontaire, il y a lieu parfois d'établir si la responsabilité civile et pénale de l'accusé n'est pas atténuée par le fait que la victime se trouvait en état d'ivresse au moment de l'accident.

Un individu ivre, titubant, est écrasé alors qu'il traverse la chaussée dans cet état d'inconscience qui caractérise la grande ivresse. Aucun témoin n'a vu la scène, l'écraseur invoque, à son excuse, la perte du sens de l'orientation de la victime qui, dit-il, s'est comme jetée devant son véhicule. Qui pourra faire la preuve sinon l'expert, dont les recherches dans le sang de la victime apporteront des renseignements précis au magistrat instructeur.

Les empoisonnements criminels par l'alcool sont très rares. Il n'est pas fréquent non plus de rencontrer des suicides par absorption de doses excessives de boissons alcooliques. Mais parfois, à la suite de paris, on constate des morts subites consécutives à des ingestions de grands volumes d'alcool.

Enfin, au cours du coma alcoolique, des régurgitations alimentaires peuvent se produire et entraîner la mort par suffocation lorsque les aliments pénètrent dans la trachée et les bronches.

Il est important pour le médecin légiste de pouvoir déterminer si un individu était ou non en état d'ivresse au moment de sa mort ou lorsqu'il est victime d'un accident. En dehors des circonstances qui peuvent être rapportées par des témoins et surtout en l'absence de ces commémoratifs, il faut que l'expert puisse donner des précisions à ce sujet. Ses recherches relatives à l'alcool contenu dans l'organisme doivent porter à la fois sur le sang, les reins, l'urine, le foie, le cerveau et sur le contenu de l'estomac ; mais, ainsi que l'a montré Balthazard, l'alcool diffuse très vite dans les tissus, le toxique se trouve en quantités à peu près équivalentes dans tout l'organisme, de sorte que pratiquement, il suffit de doser l'alcool dans le sang.

Après avoir décrit le procédé de dosage de l'alcool suivant la méthode Nicloux-Gréhant, le rapporteur formule les conclusions suivantes :

a) L'alcool absorbé passe rapidement dans le sang et, comme l'a démontré le professeur Gréhant, la teneur du sang en alcool reste constante pendant quelques heures. Cette teneur est proportionnelle à la quantité d'alcool ingéré.

b) Il est possible de déterminer la quantité d'alcool contenu dans le sang par l'une quelconque des trois méthodes précédentes. La méthode de Nicloux nous paraît cependant la plus simple et la plus rapide.

« Si la putréfaction n'est pas commencée, on écartera toute cause d'erreur en s'assurant que le défunt n'a pas été soumis, peu de temps avant la mort, à une anesthésie par le chloroforme ou l'éther. Si la putréfaction est commencée, il sera prudent de procéder à plusieurs distillations en présence d'acide picrique, puis de carbonate de soude, de façon à écarter les corps réducteurs autres que l'alcool.

« Si l'on est parvenu au stade de putréfaction gazeuse, les résultats du dosage deviennent incertains » (Balthazard et Marcelle Lambert).

c) Le nombre N de centimètres cubes d'alcool pur contenu dans 1 litre de sang permet de calculer approximativement, en fonction du poids P de l'individu, la quantité Q d'alcool ingéré peu de temps avant la mort.

$Q$  centimètres cubes alcool pur =  $N \times P$ .

Cette quantité calculée est plutôt inférieure à la quantité d'alcool réellement absorbé.

d) Le nombre de centimètres cubes d'alcool pur par litre de sang permet en outre d'affirmer que l'individu était ou non en état d'ivresse au moment de sa mort.

Pour les teneurs supérieures ou égales à 4 p. 1.000 nous dirons que l'individu était en état d'ivresse au moment de sa mort, même chez les alcooliques invétérés.

Pour des teneurs comprises entre 2 et 4 p. 1.000, nous dirons que l'individu, accoutumé ou non aux boissons alcooliques, était dans un état anormal d'autant plus voisin de l'ivresse que ces teneurs sont plus rapprochées de 4 p. 1.000.

2° M. le Prof. Etienne MARTIN : Le serment des experts.

L'orateur s'élève contre les dispositions légales qui imposent aux médecins-experts l'obligation de prêter serment à chacune de leurs expertises. Il considère que c'est là une mesure inutile et qu'il y a lieu de modifier les articles de la loi qui l'ont instituée aussi bien dans le Code d'instruction criminelle que dans le Code de procédure civile.

L'accord s'étant fait sur le principe de dispenser du serment renouvelé les médecins possesseurs du titre d'expert,

délivré par les Cours d'appel, le Congrès nomme une commission composée de MM. Balthazard, Martin, Michel, Leredu, Hugueney et chargée uniquement de rechercher les moyens les plus rapides d'aboutir à une solution.

3° M. ROGUES DE FURSAC : Le témoignage des psychopathes. Conclusions.

1° Le témoignage des psychopathes considéré au double point de vue de la fidélité (rapport du nombre des déclarations exactes à la somme des déclarations exactes et des déclarations fausses) et du savoir (rapport du nombre des déclarations exactes au total des questions posées) est, d'une façon générale, inférieur au témoignage des normaux.

2° Cependant, dans tous les états psychopathiques sur lesquels a porté la présente étude, on trouve, en proportion variable, des sujets chez qui le coefficient de fidélité est égal ou supérieur au coefficient le plus faible fourni par les normaux.

3° Le témoignage d'un psychopathe, quelle que soit la catégorie à laquelle il appartienne, ne saurait donc être « a priori » récusé.

4° Les états psychopathiques étudiés dans ce travail peuvent être classés, — provisoirement tout au moins, — en ce qui concerne la fidélité du témoignage, dans l'ordre suivant, en allant du témoignage le plus fidèle au moins fidèle : mélancolie, psychose interprétative chronique, psychose hallucinatoire chronique, manie, traumatisme cérébral, schizophrénie, arriération mentale, épilepsie, paralysie générale, démence sénile et artério-sclérose cérébrale.

5° L'étendue du savoir dans le témoignage des psychopathes est généralement très faible, beaucoup plus faible relativement que la fidélité. L'infériorité du témoignage des psychopathes se manifeste plus dans l'insuffisance numérique des renseignements qu'ils fournissent que dans le nombre des erreurs qu'ils commettent.

6° En ce qui concerne la valeur du témoignage suivant la catégorie d'objets sur lesquels il porte, le témoignage des psychopathes paraît suivre les mêmes lois que le témoignage des normaux. C'est ainsi qu'il est généralement bon pour les relations spatiales et pour les actes, mauvais pour le signalement, les couleurs, les paroles, la localisation dans le temps et la durée.

7° Les psychopathes sont très inégalement suggestibles.

Les états psychopathiques étudiés dans ce travail peuvent être provisoirement classés comme suit au point de vue de la suggestibilité : arriération mentale (suggestibilité maxima), épilepsie, paralysie générale, démence sénile et artério-sclérose cérébrale, schizophrénie, manie. Dans la mélancolie et dans la psychose hallucinatoire chronique, les malades se sont montrés complètement réfractaires à la suggestion.

8° La valeur du témoignage d'un psychopathe est toujours question d'espèce et ne peut être fixée que par une expertise de crédibilité.

---

## SOCIÉTÉS SAVANTES

---

### Société clinique de médecine mentale

Compte rendu de la séance du 17 Mai 1926

Présidence : M. le D<sup>r</sup> SÉGLAS

Posologie de l'uroformine dans l'encéphalite épidémique, par X. ABÉLY. — Se basant sur des notions de médecine vétérinaire (étude de l'encéphalite épizootique du cheval par MM. Marchand et Moussu), l'auteur a traité des encéphalites épidémiques par des doses de 4 à 6 gr. d'uroformine, en ingestion ou en injections sous-cutanées. L'action a paru très favorable sur les symptômes aigus et les symptômes postérieurs d'hypertonie.

Logorrhée jargonaphasique (jargonorrhée) dans l'aphasie de Wernicke (Aphasie temporo-pariétale de Foix), par M. TRÉNEL. — Le malade présenté est un type d'aphasie de Wernicke ; sauf pour quelques brèves interpellations la surdité psychique est totale ; la jargonaphasie est caractéristique, la logorrhée habituelle dans ce cas est particulièrement marquée et peut être qualifiée de *jargonorrhée*. Si connu que soit ce symptôme, on a peu insisté sur son mécanisme : on peut l'expliquer de deux façons, soit par une excitation à distance du centre du langage articulé, soit, au contraire, par la destruction d'un centre régulateur ou frénateur de ce langage articulé, ou par l'annihilation de

son action, due à l'interruption des voies d'association. Le même fait se reproduit dans l'écriture : la plume à la main, le malade écrit presque indéfiniment avec le même caractère de paraphasie sous forme de persévération. dysphasie que récemment Foix (*Presse médicale* 1925, p. 1, 455, n° 68), décrivait comme triade symptomatique des cas de ce genre. Une apraxie idéo-motrice nette et une hémianopsie (non démontrable mais manifestée par les exercices qu'on fait exécuter au malade) avec cécité verbale font ressortir l'extension de la lésion à la région du lobe pariétal et du pli courbe.

Dissimulation d'un tabès fruste. Douleurs fulgurantes intercostales prises pour des coliques hépatiques, par M. TRÉNEL. — Le malade est entré pour morphinomanie contractée à la suite de crises douloureuses prises pour des coliques hépatiques et fut opéré précédemment de cholécystectomie. Il s'agit en réalité d'un tabès fruste. Or, le malade, éduqué par de précédents examens, dissimule son tabès en réagissant volontairement au choc du marteau à réflexe, supercherie facile à dépister en lui faisant reproduire ce pseudo-réflexe rotulien en portant le choc sur d'autres points que le tendon rotulien. D'ailleurs en faisant exécuter la manœuvre de Jendrassik, inconnue du malade, la réaction est nulle. Le réflexe archilléen est de même simulé. L'intérêt du malade à cacher sa maladie est la nécessité où il se trouve de faire encore 3 ans de service maritime pour avoir droit à la retraite et qu'il perd totalement ce droit s'il ne les accomplit pas.

Syndrome hétéphréno-catatonique subaigu. (Etude clinique et anatomo-pathologique), par L. MARCHAND, X. ABÉLY et BAUER. — Un jeune malade a présenté un syndrome hétéphréno-catatonique typique (indifférence affective, stéréotypies, négativisme) et est mort au bout d'un an, sans avoir présenté de fièvre ou de symptômes d'infection aiguë, par suite d'une cachexie progressive. L'examen a montré l'existence de lésions inflammatoires au niveau du cortex, de la substance blanche sous-corticale (atrophie cellulaire, périvascularite, nodules infectieux) et des noyaux lenticulaires (atrophie cellulaire et prolifération des cellules satellites). Ces lésions sont différentes de celles de l'encéphalite épidémique. Le processus anatomique inflammatoire de la démence précoce a été saisi dans ce cas à sa phase active.

L. MARCHAND,

## Société de Psychiatrie

Séance du 31 Mai 1926

A. MARIE, SONN, VALENCE : P. G. juvénile et P. G. conjugale.

1° Un cas de P. G. infantile (ictus à 9 ans et syphilis neurotrope). Le malade pris tout d'abord pour une démence précoce a été traité pour sa syphilis héréditaire et a fait une rémission, puis présente une rechute à 18 ans.

2° Un nouveau cas de P. G. conjugale. Femme épileptique simple depuis l'âge de 9 ans, qui n'a fait de P. G. qu'après avoir été contaminée par 3 grossesses (fœtus hérédos), provoquées par un deuxième conjoint mort P. G. à Ste-Anne.

3° Un fils de P. G. frappé d'ictus à 14 ans (hémiplegie droite très améliorée par le bismuth). La mère est en apparence saine.

TOULOUSE, BLOCH, SCHIFF : Greffes ovariennes dans les états psychopathiques. — Les auteurs ont tenté des greffes ovariennes dans deux cas de mélancolie anxieuse et dans six cas de syndrome hétéphréno-catatonique. Il s'agit d'homo-greffes : prélèvement du greffon chez des femmes opérées pour fibrome hémorragique, inclusion presque complète sous la peau de la malade. Il y a eu amélioration très notable chez les deux mélancoliques et chez deux démentes précoces, amélioration qui persiste 18 à 30 mois suivant les cas. Les auteurs signalent que la durée de survie du greffon a été de 12 à 18 mois dans les cas favorables et de 15 jours à 3 semaines seulement dans les cas défavorables.

M. MONTASSUT a revu l'une des malades opérées et signalées comme guéries et il a constaté des petites rechutes de l'état psychopathique.

POROT (d'Alger), Etat hétéphrénique et hypertension crânienne. — Jeune homme de 18 ans dont l'état psychopathique faisait penser à une D. P. ; depuis 2 ans le sujet présentait des troubles affectifs et depuis 6 mois du rire discordant, du maniérisme, des impulsions, des idées de grandeur, enfin une crise d'excitation. Puis apparurent des symptômes neurologiques, incertitude de la marche, maladresse des mouvements, mydriase, raptus congestifs de la face. Hypertension rachidienne à 40 (position couchée) avec

dissociation albumino-cytologique, alb. 0,71. Trois P. L. montrent la diminution de l'hypertension (40, 35, 30), en même temps que l'état du malade s'améliorait et que disparaissaient les symptômes neurologiques.

M. HESNARD a vu des troubles mentaux semblables chez un hypertendu présentant par ailleurs une hémorragie cérébrale.

H. CLAUDE, M. MONTASSUT, R. RAFFIN et P. BAILEY : Crises comitiales typiques et atypiques provoquées expérimentalement chez le chien. — Lésion expérimentale du pli cruciforme par attouchement avec solution de  $ZnCl^2$  ou de formol. Détermination du seuil convulsivant par la strychnine. Une dose suffisante provoque ces convulsions épileptiques typiques chez les chiens porteurs de lésions, des contractures tétaniques chez les témoins.

H. CLAUDE, M. MONTASSUT et P. BAILEY : Crises épileptiques et lésions cérébelleuses expérimentales. — Lésion provoquée fortuitement au cours d'une ponction ventriculaire. Syndrome d'irritation cérébelleuse immédiate; quelques jours après, l'injection de strychnine, provoque l'état de mal épileptique. Après la mort de l'animal on constate une dilacération du pédoncule cérébelleux inférieur et du pyramis.

A. CEILLIER : Tentative d'homicide par pitié d'un père sur sa fille aliénée et internée au cours d'une tentative d'enlèvement avec menaces de mort sous condition et complicités multiples. — C'est la fille aliénée qui a demandé à son père de l'enlever ou de la tuer et ce sont les camarades du père qui lui ont prêté leur aide. Le père ayant l'idée fixe que sa fille est indûment internée et n'ayant pas caché qu'il pourrait tourner sa fureur contre les médecins ou le personnel de l'asile, l'auteur a dû faire interner l'inculpé dans un but de préservation sociale.

M. HEUYER rappelle qu'à l'occasion d'une pétition signée contre un prétendu internement arbitraire il a interrogé chacun des signataires et qu'aucun ne connaissait la personne internée. Il insiste sur l'importance de ces cas d'interpsychologie morbide.

J. TINEL et D. SANTENOISE : Rôle du choc dans les crises maniaques, anxieuses et confusionnelles. — Les auteurs se

demandent quel est le mécanisme des chocs qu'ils ont constaté au cours des paroxysmes maniaques, anxieux et confusionnels. Ils ont remarqué que les chocs réalisés volontairement déterminent souvent la même provocation de paroxysmes que les chocs spontanés. D'autre part le même choc peut réaliser des effets inverses, par exemple provoquer ou supprimer un état d'agitation anxieuse chez le même malade. Les auteurs estiment que la nature du choc est indifférente. La maladie se comporte comme une intoxication, dont le choc provoquerait simplement des paroxysmes, soit en exagérant simplement la réceptivité des cellules nerveuses pour les toxiques, soit en augmentant la quantité de produits toxiques en circulation. Les auteurs s'attachent surtout à la seconde hypothèse.

SANTENOISE, LEGRAND, VIDACOVITCH : Murmure vésiculaire et tonus végétatif chez les psychopathes. — Les auteurs ont constaté la diminution du murmure vésiculaire après injection d'adrénaline et son augmentation après injection d'ésérine ou de pilocarpine.

André CELLER.

---



# VARIÉTÉS

---

## MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE

Un poste de Médecin chef de service est actuellement vacant à l'Asile Public Autonome l'aliénés d'Aix (Bouches-du-Rhône).

Le médecin ne pourra être logé à l'Asile. Il recevra, en conséquence, en outre de son traitement, une indemnité compensatrice des avantages en nature.

## NOMINATIONS

Le Préfet de la Seine,

Vu la loi du 30 juin 1838 et l'article 5 du décret du 25 mars 1852,

Vu les décrets des 10 octobre 1919, 13 mars 1920 et 29 novembre 1921,

Vu les arrêtés préfectoraux en date des 21 mars et 10 octobre 1922,

Vu l'arrêt du Conseil d'Etat en date du 18 décembre 1925,

Sur le rapport du Directeur des Affaires départementales et la proposition du Directeur du personnel,

Arrête :

ARTICLE PREMIER. — Les arrêtés des 21 mars et 10 octobre 1922, sont rapportés en tant qu'ils ont nommé M. le docteur Génil-Perrin Georges, médecin-chef de service des Asiles de la Seine et affecté ce praticien à l'Asile de Vaucluse.

ARTICLE DEUX. — M. le docteur Courbon Paul, médecin-chef de service de l'Asile de Stéphansfeld (Bas-Rhin), est nommé médecin-chef de service des Asiles de la Seine et affecté à l'Asile de Vaucluse. Il prendra rang dans ce grade, du 10 avril 1922.

ARTICLE TROIS. — Le Secrétaire général de la Préfecture, le Directeur des Affaires départementales et le Directeur

du Personnel sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, dont ampliation sera adressée à M. le Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociales et qui aura effet, en ce qui concerne M. le docteur Génil-Perrin, du jour où M. le docteur Courbon prendra effectivement possession de son poste.

Fait à Paris le 26 mai 1926,

*Signé* : Paul BOUJU.

**PROPOSITION DE LOI** tendant à instituer l'aliénation mentale comme cause du divorce, présentée par MM. Palmade et André Hesse, députés. — (Renvoyée à la commission de législation civile et criminelle).

(Session ord. — 2<sup>e</sup> séance du 27 mars 1925)

1925, J. O., page 607 des Annexes, Annexe n° 1474.

#### EXPOSÉ DES MOTIFS

Messieurs, la loi du 17 juillet 1884 qui a rétabli le divorce dans le code civil français est beaucoup moins libérale dans l'énoncé des causes du divorce que les lois antérieures de 1792 et de 1801. Depuis 1884 le législateur s'est préoccupé à plusieurs reprises de réformer les règles relatives à la procédure ou aux effets du divorce, jamais il n'a cru devoir s'attacher aux règles précisant les causes susceptibles d'entraîner la rupture du lien conjugal.

L'expérience a montré que le cadre tracé par la loi de 1884 est à cet égard trop étroit et qu'il laisse en dehors de son domaine certains cas où le lien conjugal est irrémédiablement compromis.

De tous ces cas, l'un des moins discutables nous paraît être celui où l'un des conjoints est atteint d'aliénation mentale incurable. La cohabitation est devenue impossible en cas d'internement de l'aliéné, et quand la cohabitation subsiste elle ne s'accompagne plus d'aucune intimité. En fait, le lien conjugal a cessé d'exister, le législateur devait donc, logiquement, permettre la rupture légale de ce lien. En outre, en permettant au conjoint de l'aliéné de reconquérir sa liberté et de fonder un nouveau foyer, le législateur réaliserait une œuvre d'équité individuelle sans méconnaître l'intérêt social.

Cette conception est déjà consacrée par certaines législa-

tions étrangères, notamment par le code civil suisse (art. 141), et par le code civil allemand (art. 156 a).

Une proposition de loi a été déposée le 3 juillet 1906 sur le bureau de la Chambre des députés par M. Maurice Colin. Il nous a semblé opportun d'en reprendre l'idée directrice tout en nous séparant sur certains détails de réalisation.

La première préoccupation doit être celle de garanties suffisantes pour que le divorce ne soit pas prononcé sans preuve précise du caractère grave, irrémédiable, des troubles mentaux invoqués.

Conformément aux dispositions du code civil suisse, du code civil allemand et de la proposition Colin, nous pensons que la première garantie à cet égard consiste à exiger que l'aliénation mentale ait duré un certain temps préalable à la demande de divorce. Les législations étrangères ont estimé qu'un délai de trois ans constituait un temps d'épreuve suffisant ; nous souscrivons à ce chiffre.

Mais nous ne pensons pas qu'il faille nécessairement exiger, avec la proposition Colin, comme condition nécessaire préalable de toute instance, l'internement dans un établissement public ou privé.

Le conjoint qui a pu éviter l'internement de l'aliéné, en lui donnant des soins méritoires ou en lui procurant les soins d'une tierce personne, ne doit pas être traité moins favorablement que celui qui a recouru à l'internement.

La preuve de la durée de la maladie résultera en pareil cas de certificats du ou des médecins qui ont soigné l'aliéné, alors qu'au cas d'internement ce certificat émanera de la direction de l'asile ou de la maison de santé.

A cette première garantie, durée de la maladie régulièrement certifiée par les médecins traitants, doit s'en ajouter une autre : l'expertise médicale ordonnée par le tribunal pour apprécier le caractère incurable de l'aliénation, comme l'exige l'article 141 du code civil suisse.

Il convient, enfin, comme le faisait la proposition Colin, de prévoir certaines dispositions relatives au régime des biens. Il faut adapter les règles du code civil relatives aux conséquences pécuniaires du divorce à cette cause particulière de rupture du lien conjugal. Le divorce prononcé pour ce motif ne doit comporter, en effet, aucun avantage ni aucune perte pour aucun des conjoints ; l'hypothèse serait assimilée par conséquent à celle de divorce prononcé aux torts et griefs respectifs des époux.

Il conviendrait, toutefois, de tempérer ce principe en décidant, conformément à l'article 1583 du code civil allemand, qu'au cas où la maladie mentale de l'un des époux donne lieu au divorce, l'autre époux doit lui fournir entretien et pension alimentaire comme l'époux coupable dans les autres cas. Bien qu'on ne puisse, en effet, en notre hypothèse, parler de la faute du conjoint qui a demandé le divorce, il semble que des raisons d'humanité militent en faveur de l'époux malade. En outre, nous avons le souci d'empêcher certains abus, d'éviter les demandes en divorce basées sur le seul désir du conjoint de l'aliéné de se soustraire à l'obligation de pourvoir aux besoins de celui-ci. Nous voulons donner au conjoint la liberté de sa vie pour l'avenir ; nous ne voulons pas lui donner un moyen de se soustraire aux obligations nées des liens du passé.

En conséquence, nous soumettons à la Chambre le texte suivant :

### PROPOSITION DE LOI

*Article unique.* — L'article 233 du code civil est rétabli dans les termes suivants :

« Chacun des époux peut demander le divorce pour cause d'aliénation mentale de son conjoint, après une durée de trois ans de la maladie et après que cette maladie a été reconnue incurable à dire d'experts. »

Un alinéa est ajouté à l'article 301 :

« En cas de divorce pour cause d'aliénation mentale, le divorce sera toujours réputé comme prononcé aux torts réciproques des deux époux.

« Toutefois, le conjoint qui a obtenu le divorce doit fournir au conjoint aliéné entretien et pension alimentaire de la même façon qu'un époux déclaré coupable.

« Les frais de l'instance sont à la charge de l'époux demandeur. »

---

*Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.*

---

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

# L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

---

## Chronique

---

### *La Psychose d'Eugène Hugo*

---

Un livre, élégamment écrit et fort documenté, a paru, il y a quelques mois, intitulé : « Celui dont on ne parle pas : Eugène Hugo, sa vie, sa folie, ses œuvres, par Pierre Dufay ».

J'ai pensé qu'il y aurait quelque intérêt à compléter cet ouvrage de pure érudition littéraire par une étude d'ordre médical. Les documents inédits que j'ai découverts, les renseignements originaux que j'ai recueillis me permettaient d'apporter quelques précisions sur la psychose d'Eugène Hugo. Les diagnostics établis rétrospectivement ne sont jamais à l'abri des critiques. Cependant on rencontre ici tant de signes concordants, que l'on aboutit à une présomption voisine de la certitude.



Eugène Hugo est né à Nancy, en 1801, un an avant son frère Victor. Le poète a écrit quelques beaux vers sur leur enfance commune. Les aptitudes littéraires d'Eugène se révélèrent très précocement. Il obtint plusieurs récompenses de l'Académie des Jeux Floraux. On fondait sur lui de grands espoirs. Abel, le frère aîné, disait un jour à un de ses intimes : « Quand nous étions aux Feuillantines, vers 1820, le grand homme de la famille ce n'était pas assurément Victor, c'était Eugène. » Son imagination était brillante et exaltée. Cependant il était doux, rêveur, timide et modeste : « Doux et blond compagnon de toute mon enfance », a dit de lui Victor Hugo. Ses frères, d'un tempérament très différent, le dominaient. Cet adolescent était déjà doué, au dire de Victor Pavie, « d'un talent prodigieux ». Ses écrits, qui caractérisent l'exagération de la métaphore et le goût du formidable, portent la marque d'un romantisme effréné. « Eugène aimait, comme son frère, a dit Barher, le terrible et l'énorme ». Ses dernières œuvres, surtout (le *Duel du précipice* et l'*Assemblée des franc-juges*), dénotent déjà une imagination sombrement excentrique. « Eugène, écrivait Sainte-Beuve, adolescent mélancolique, plus en proie à la lutte, plus obsédé et moins triomphant de la vision qui saisit toutes les âmes au seuil du génie et les penche, échevelées, à la limite du réel sur l'abîme de l'invincible, Eugène a exprimé cette pensée pénible, cet antagonisme désespéré, ce duel du précipice ; la poésie qu'il a composée sous ce nom est tout un symbole de sa lugubre destinée. ». Ses articles de critique et ses drames « accusent un retour pénétrant sur lui-même, un souci comme effaré de l'avenir ».

A vingt ans, Eugène Hugo, dont l'œuvre était déjà importante, sombra dans la folie.

Les contemporains et les commentateurs qui ont suivi, ont voulu découvrir, selon l'usage, des causes morales à cette psychose.

On a invoqué, tout d'abord la jalousie littéraire à l'égard de son frère Victor. Sans doute l'ambition de Victor Hugo perçait déjà. Dans le « Conservateur littéraire », recueil périodique que dirigeaient les frères Hugo et dont Eugène ne tarda pas à être évincé, Victor « se faisait la part du lion ». Mais sa renommée était encore bien restreinte, et, de plus, de l'avis de plusieurs de ceux qui l'ont connu, Eugène professait à l'égard de son frère, dont il partageait les goûts, une sincère admiration.

On a surtout attribué cette folie à la jalousie amoureuse. Une légende, profondément ancrée, s'est accréditée dès l'origine : Tous les contemporains sont d'accord sur cette cause passionnelle : Eugène avait voué à Adèle Foucher, la fiancée et bientôt la femme de Victor Hugo, un amour profond et c'est le désespoir qui troubla sa raison. Audebrand, Gaspard de Pons (un ami de Victor), Boulay-Pati, font allusion à cette déception amoureuse qui aurait engendré la folie. « Soulié, m'a dit, écrit Boulay-Pati, qu'Eugène Hugo avait tellement aimé Mme Victor Hugo, que, deux ou trois jours après le mariage de son frère, il était devenu fou. Fou par sève de chasteté ! O Charenton ! » Il y avait là évidemment un beau sujet de rhétorique, facile à exploiter :

Peut-être dédaigné par l'Amour et la Muse,  
Un désespoir jaloux s'alluma dans ton cœur ;

Tu haïs malgré toi, ton rival, ton vainqueur...  
La mort de la pensée un plus affreux destin,  
A seule, hélas ! pu te soustraire.

(Gaspard DE PONS).

Tous ceux qui ont étudié la vie des frères Hugo ont admis cette version, sans rechercher sur quels faits précis elle pouvait reposer. Edmond Biré, le D<sup>r</sup> Patrigon, Louis Barthou, Pierre Dufay, l'adoptent. « Si l'on admet, écrit M. Dufay, l'amour d'Eugène pour Adèle Foucher, lequel semble probable, la relation de cause à effet, ne saurait faire de doute. »

Quel est le fondement de cette tenace légende ? On ne peut en citer une seule preuve directe : il n'a a eu ni lettre, ni aveu, ni confidence, ni sonnet, aucune manifestation extérieure de cette terrible passion. Le secret d'Eugène aurait donc été mieux gardé que celui de Félix Arvers. Cette hypothèse ne s'affirme que sur une coïncidence peut-être entièrement fortuite : le soir du mariage de Victor, Eugène eut un accès d'excitation aiguë. Elle n'est donc apparue qu'après coup. Aucun indice ne pouvait la laisser soupçonner avant le mariage. On n'en trouve aucune trace dans la correspondance d'Adèle ou des membres de la famille Hugo. Le déclanchement de cette crise peut avoir d'autres explications que celle d'un amour exaspéré. Enfin cet accès ne fut pas une surprise pour les intimes d'Eugène. Depuis près de deux ans, il donnait des signes de plus en plus inquiétants de dérangement mental. Le mal datait de loin ainsi que nous allons le voir. M. Louis Barthou, qui admet l'étiologie amoureuse de la psychose, obligé de tenir compte des faits





indiscutables, a dû reporter l'origine de la maladie, non plus à l'époque du mariage de Victor, mais à l'époque de ses fiançailles. Pierre Dufay a montré, par le simple défaut de concordance des dates, que cette nouvelle hypothèse était impossible à soutenir.

En dehors de ces développements littéraires et de ces rapprochements subtils, il n'y a donc aucune preuve de la jalousie morbide d'Eugène. Toutefois si un doute peut planer encore, en raison du silence peut-être voulu des parents du malade, on pourrait envisager une autre conjecture : On sait qu'à la période initiale de la démence précoce on voit souvent apparaître des manifestations amoureuses étranges; le choix de l'objet aimé, en particulier, est fréquemment bizarre et se fait parfois dans l'entourage immédiat du malade. Cette explication qui manque évidemment de base, méritait cependant d'être signalée, au cas où la passion d'Eugène serait réellement confirmée.

Les biographes d'Eugène Hugo insistent encore sur la douleur profonde que lui aurait causé la mort de sa mère, survenue en 1821. Une lettre d'Abel nous prouve que les troubles mentaux étaient antérieurs à cette affliction : « Son caractère sombre, écrit-il, ses habitudes singulières, ses idées bizarres avaient mêlé de cruelles inquiétudes aux dernières douleurs de notre mère bien-aimée. Si nous n'avions pas mené une vie aussi paisible et aussi simple, on aurait pu croire que quelque chose de violent se passait en lui. » Le général Hugo vivait loin de sa femme et de ses enfants. La correspondance entre le père et les fils était habituellement confiée à Eugène. Il est donc singulier de constater que ce dernier n'avertit pas le

général du décès maternel. Il ne fut pas « en état », dit un de ces biographes, d'en faire part à son père.

Si le chagrin d'Eugène fut grand, ce fut, en tout cas, une de ses dernières manifestations affectives. Les lettres écrites au général devinrent de plus en plus rares ; puis, à la suite d'une missive malheureuse, cessèrent complètement. Abel et Victor se chargèrent désormais de la correspondance, et tâchèrent d'excuser leur frère de son silence, en faisant valoir son mauvais état de santé.

Eugène devenait d'ailleurs de plus en plus bizarre ; il se détachait de ses frères ; son goût de la solitude s'exagérait. « Depuis la perte de notre pauvre mère, disent Abel et Victor, il avait cessé de témoigner à ses frères et à ses amis aucune affection... Depuis longtemps nous remarquions qu'il sortait à des heures extraordinaires, nous empruntant notre argent, souvent en revenant demander plusieurs fois dans la même journée ; qu'il écrivait des lettres cachées pour ses frères, qui n'avaient point de secret pour lui. » — « Depuis la mort de notre mère, Eugène n'est plus le même ; une douleur profonde et invincible s'est concentrée en lui ; il est devenu morose et d'un commerce difficile ; aucun de nous n'est exempt de ses chagrins réflexions, et, dans quelques moments, sa conduite et ses discours semblent annoncer un dérangement dans ses qualités intellectuelles ordinairement si nobles et si élevées. Le malheur l'a vaincu et il se laisse aller trop facilement aux découragements de la vie. » Ils signalent aussi, chez leur frère, en termes voilés, des modifications du sens moral : « La position incompréhensible où il paraît placé, le force à chercher des prétextes bons ou mauvais pour colorer sa conduite. Peut-être ton fils, qui

semble avoir été entraîné par des liaisons funestes, sortira-t-il pur et honorable de l'abîme, où nous le croyons tombé. »

En avril 1822 Eugène fait une fugue, que révèle une lettre de Victor : « Depuis hier nous sommes dans la désolation. Il y a bien longtemps qu'Eugène était tout à fait changé pour nous. Avant-hier, enfin, il a disparu, nous laissant un billet froid et laconique, où il nous annonce que des événements imprévus l'obligent à partir à l'instant même. Nous nous perdons en conjectures et en recherches... Nous t'en supplions, mon cher Papa, Eugène est encore plus à plaindre que nous ; quelques mots de son billet nous font craindre qu'il ne t'écrive une lettre qui serait marquée au coin de la plus inexplicable gratitude, si elle n'était dictée par la démence. Pourquoi ne nous avoir laissé en partant aucune trace d'affection ? Suspendons notre jugement, mon cher Papa, Eugène a bon cœur ; il connaîtra sa faute ; en attendant, plaignons-le, et plains-nous comme nous te plaignons. »

Nous trouvons donc, à cette phase initiale de la maladie d'Eugène Hugo, toute une série de symptômes caractéristiques : isolement, indépendance, bizarrerie, entêtement, diminution de l'affectivité familiale, fléchissement du sens moral, dépression, fugues, qui sont bien les signes préménitoires d'une hébéphrénie prochaine chez un jeune homme de 19 ans.

Mais bientôt les événements se précipitent. Une crise aiguë survient. Elle éclate le soir même du mariage de Victor, le 12 octobre 1822. L'influence des cérémonies nuptiales, peut-être de libations inaccoutumées, ont pu agir sur ce cerveau sensibilisé, beaucoup plus qu'une hypothétique

jalousie exacerbée. Le malade commence à tenir des propos incohérents, puis s'excite. On doit l'accompagner et l'enfermer dans sa chambre. On l'y retrouve poussant des clameurs violentes, frappant les meubles à coups de hache, après avoir allumé tous les flambeaux qu'il a pu trouver. Victor écrit quelque temps après à son père : « C'est auprès du lit d'Eugène, malade et dangereusement malade, que je t'écris. Le déplorable état de sa raison dont je t'avais si souvent entretenu empirait depuis plusieurs mois d'une manière qui nous alarmait tous profondément sans que nous puissions y porter sérieusement remède, parce qu'ayant conservé le libre exercice de sa volonté, il se refusait obstinément à tous les secours et à tous les soins. Son amour pour la solitude, poussé à un excès effrayant, a hâté une crise qui sera peut-être salutaire, du moins il faut l'espérer, mais qui n'en est pas moins extrêmement grave et le laissera pour longtemps dans une position bien délicate... Son esprit qui est tout à fait délirant depuis avant-hier est, en ce moment très égaré. On l'a saigné hier ; on lui a donné de l'émétique ce matin et je suis auprès de lui en garde-malade. » Abel écrit de son côté : « Je te disais dans ma dernière lettre que sa tête, fatiguée par les violents chagrins que nous avons essuyés depuis deux ans, cédait quelquefois à des accès d'une misanthropie noire, effrayante pour sa raison ; aujourd'hui une grande crise s'est opérée, ce ne sont plus quelques accès passagers, c'est une suite de commotions cérébrales, c'est une vive affliction qu'il éprouve ; la raison succombe par instants et le délire de la fièvre ne le quitte pas. Nous en sommes réduits à espérer qu'une fièvre cérébrale l'agite, plutôt que de croire à un commencement

d'aliénation mentale... Après deux jours de crises épouvantables, Eugène est plus calme. » Mme Victor Hugo écrit à son beau-père, le 22 décembre : « Mon mari est en ce moment près du lit de son pauvre frère qui est dans un état très inquiétant, tellement inquiétant que son médecin ne veut rien prendre sur lui pour le soigner et veut une consultation. Papa, d'après le consentement de ces messieurs, vient d'écrire au docteur Pariset, qui est médecin en chef de Bicêtre. »

« Depuis que mon Victor vous a écrit, il y a eu un jour et surtout une nuit très calme, mais ce calme n'était que le prélude d'une crise très violente qui a duré hier quelques heures, et qui a repris tellement fort cette nuit qu'il fallait deux hommes et de plus la femme qui le garde pour le contenir un peu, et c'est alors que ce matin, à 6 heures, le médecin a décidé qu'il fallait une consultation. »

Par la suite, le malade qui jusque-là était soigné chez Abel, est hospitalisé au Val-de-Grâce. Là, il passe par des alternatives de calme et d'agitation. Cependant une amélioration plus durable survient. Son père en profite aussitôt pour le conduire chez lui à Blois. Il est curieux de signaler ici le général Hugo habitant ou venait de quitter le château de St-Lazare, qui est aujourd'hui la « Villa Lunier », pensionnat de l'asile de Blois.

Le mieux paraît se maintenir quelque temps. Mais Eugène écrit quelques lettres qui dénotent une déchéance intellectuelle évidente. Le style est puéril ; les idées sont difficilement exprimées ; les répétitions sont fréquentes. Le malade doit être ramené à Paris. On le place dans la Maison de Santé privée d'Esquirol, qui, d'après un ami de la

famille Hugo, aurait donné sur le cas l'opinion suivante : « Le malade est très fort, il faut l'affaiblir. Les saignées seront très utiles. Il a la tête et le cou gros, disposition aux engorgements du cerveau. Un des grands moyens de guérison est la cessation de tout travail. D'après M. Esquirol, le malade peut guérir vers la fin d'octobre ou de novembre, mais alors il faudra qu'il renonce à toute occupation qui déterminerait à nouveau l'affection mentale ». Eugène est calme; mais se montre indifférent, muet et inerte : « Il est sans doute bien soigné, mais Eugène n'y. attachant aucune importance, n'en est pas plus heureux, écrit Mme V. Hugo, il ne parle à personne, ne sort pas, et se croit dans une maison où on veut le tuer; il se livre toute la journée à son imagination. N'ayant pas eu d'accès, on n'a pu lui administrer que des saignées et quelques bains ». Victor Hugo signale l'attitude anxieuse du malade : « Toujours dominé d'une idée funeste, celle d'un danger imminent, tous ses discours, comme tous ses mouvements, comme tous ses regards, trahissent cette invincible préoccupation. » Eugène présente d'ailleurs des hallucinations auditives et quelques idées délirantes : « Il m'a dit à voix basse, écrit Victor Hugo, qu'on assassinait des femmes dans les souterrains et qu'il avait entendu leurs cris. »

Au bout de peu de temps, la maison Esquirol n'est plus en faveur auprès de la famille Hugo, d'ailleurs l'état mental du malade reste invariable et l'affection paraît devoir se prolonger.

Eugène quitte donc la Maison de Santé d'Esquirol pour le Val-de-Grâce, où il ne fait qu'un séjour de quelques semaines.

Il est alors transféré à la Maison royale de Cha-

renton, à St-Maurice. Il y entre le 21 juin 1823. Le médecin chef en était alors Roger Collard, qui mourut en 1825. Il eut pour successeur Esquirol qui retrouva à Charenton son ancien malade.

Le certificat d'entrée, rédigé par le médecin du Val-de-Grâce, Pierret, est ainsi conçu : « Le jeune Hugo atteint d'aliénation mentale depuis plusieurs années est entré à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, le sept de ce mois. Cette maladie qui paraît dépendre d'études forcées, et de chagrins domestiques n'a pu être traitée dans cet établissement ; le malade n'a reçu que des secours provisoires. J'ai cependant fait établir un séton à la nuque, qu'une hémorragie assez considérable et les difficultés, que le malade oppose à ses pansements, n'ont pas permis d'établir d'une manière convenable. La famille voudra bien donner à M. le Médecin, chargé de le soigner, les renseignements qui pourront diriger le traitement. » (Val-de-Grâce, 20 juin 1823). Les renseignements puisés dans le dossier concernant le malade, permettent de se représenter Eugène Hugo, à cette époque, comme un jeune homme de bonne taille, aux traits réguliers, aux yeux bleus, aux cheveux et à la barbe blonde. Le diagnostic porté sur les registres administratifs est celui de « monomanie ».

L'état physique est maintenant tout à fait satisfaisant; mais l'état mental ne fait que s'aggraver. En juillet 1823, Victor Hugo écrit à son père : « Ses nouvelles sont loin, malheureusement, d'être satisfaisantes ; il est toujours plongé dans la même mélancolie ; il a pendant quelque temps refusé toute nourriture ; mais enfin la nature a parlé, il a consenti à manger. » En août il dit encore : « La santé d'Eugène continue à se soutenir physique-

ment, mais il est d'une malpropreté désolante. » Le malade cependant écrit encore quelques rares et dernières lettres à son père et à ses frères. La pensée y est tortueuse, le style alambiqué ; les formules stéréotypées y abondent. Voici un spécimen de phrase, qui montre en outre sa résignation, son indifférence, et une certaine conscience de son trouble mental : « Durant l'espace de temps que je dois passer ici, j'espère rendre le loisir qui m'est accordé, non moins utile, au désir que j'ai de te témoigner mon affection qu'au calme de tête où tu as désiré me voir rétabli pour longtemps... C'est avec ce vif désir que je me montrerai toujours ton fils soumis et respectueux. » (novembre 1823). En janvier 1825, un ami du général Hugo, vieux soldat de l'Empire, au franc parler, lui écrit : « Je suis, à mon grand regret, obligé de vous donner de mauvaises nouvelles d'Eugène. Je l'ai vu trois fois depuis votre départ de Paris, et je l'ai toujours trouvé de plus en plus sale. Il continue cependant à me reconnaître, mais je ne puis plus tirer d'autre réponse à mes questions que : Oui, Monsieur, vous êtes bien bon. » Il n'hésite pas à donner des détails tout à fait précis sur la malpropreté du malade, qui est devenu gâteux et il ajoute : « Ces messieurs de l'hospice me disent qu'Eugène est maintenant dans un état à ne pouvoir guérir. Si cela est ainsi, comme il n'y a plus à en douter, il vaudrait mieux qu'il payât le plus tôt possible sa dette à la nature. » Le malade devait passer encore de nombreuses années à Charenton, sans modification désormais de son état mental. Il resta interné quatorze ans, jusqu'à sa mort.

Nous pouvons nous rendre compte de l'état de l'affection en 1832, par un curieux bulletin de santé,



qui a été, probablement rédigé par Esquirol : « M. Hugo a contracté l'habitude de se tenir debout dans la même attitude, souvent loin du chauffoir où il est impossible de le retenir. Le défaut de mouvement a depuis fort longtemps déterminé le gonflement des pieds et des jambes, mais ces accidents méritaient peu d'importance. Depuis deux jours une escarre de mauvais caractère se forme dans le creux du jarret gauche. La croûte n'est pas encore tombée; et l'on ne peut encore mesurer la profondeur que la plaie doit acquérir, mais, en général, les plaies de cette partie, l'une des plus compliquées du corps, sont graves ; nous aurons le soin de revenir à temps sur l'état de M. Hugo. » (9 mars 1832).

En somme ces témoignages divers nous révèlent un ensemble de signes d'affaiblissement mental dont il est aisé de faire la synthèse : négativisme, refus d'aliments, malpropreté, gâtisme, semi-mutisme, indifférence à l'égard de la famille, résignation à la privation de liberté, apathie, inertie, attitudes stéréotypées; stéréotypies du langage et des écrits, conservation des souvenirs non utilisés, variabilité des symptômes ; troubles vasomoteurs des extrémités, conservation relative de la santé physique. Il y a là les éléments essentiels d'un tableau clinique bien connu : celui de la démence précoce.

Nous noterons cependant le récit fantaisiste d'un acteur, qui aurait rencontré Eugène Hugo en 1837, au cours d'une visite qu'il fit à Charenton, afin de se documenter sur la mimique des fous. Le malade, ce jour-là, circulait librement dans les cours de l'établissement. Le comédien le décrit comme « un jeune homme de tournure aristocratique, d'un

blond doux, aux yeux fins et vifs, au sourire moitié triste et moitié gai » qui lui tint, en un langage élégant, des propos bizarres et nébuleux sur des questions de haute philosophie. La fin du récit de l'acteur, en raison de son pittoresque, mérite d'être citée : « Le jeune homme s'éloigna brusquement sans me faire le moindre signe d'adieu. Il avait disparu sous l'une des nombreuses portes qui donnent, dans la vaste cour, en forme de pluvium, qui s'étend au centre des bâtiments. Je me fis conduire au cabinet du docteur Esquirol à qui je racontai ce qui venait de m'arriver. L'illustre vieillard tira vivement un cordon de sonnette et s'informa de M. Eugène, au gardien qui parut. M. Eugène, rentré depuis quelques instants dans sa cellule, venait d'être pris d'un accès violent et on avait été contraint de lui mettre la camisole de force. Le docteur eut un mouvement de joie... — « C'est un espoir qui renaît. M. Eugène était devenu, depuis quelques semaines, d'un calme inquiétant. Sachez que les démences les plus faciles à guérir sont les démences furieuses. Les plus muettes, c'est la paralysie, et par conséquent la mort. La crise inattendue de notre pauvre Eugène me remet un peu de baume dans le cœur ; car je l'aime cet enfant, et je donnerais beaucoup pour le guérir. »... Puis, faisant allusion à V. Hugo : « Eh ! mon Dieu, oui, il y a comme cela des races illustres et fatales. De ces deux frères également doués de la même flamme, un seul a pu la contenir sans se briser. » Cette narration est sujette à caution car le malade devait se trouver, à cette époque, dans un état physique assez précaire. Il mourut, en effet, quelques semaines après, le 20 février 1837, à six heures du soir. Il avait 36 ans. Le certificat de décès indique comme

cause de la mort une « entérite chronique », affection qui devait dater par conséquent de longtemps et qui avait dû déterminer une cachexie progressive. On pourrait même émettre l'hypothèse de l'origine tuberculeuse, de cette entérite cachectisante, la bacillose se rencontrant avec une extrême fréquence chez les déments précoces.

Telle fut la fin misérable de ce frère peu connu du grand poète, qui, à l'aurore de sa vie, avait donné, lui aussi, tant de brillantes espérances.



Il était intéressant de connaître comment s'était comporté Victor Hugo en présence de l'aliénation d'Eugène. Cette investigation, il faut l'avouer, ne nous le montre pas sous un jour très favorable. Nous avons trop souvent le tort, il est vrai, de croire que les grands hommes n'ont pas les mêmes faiblesses, les mêmes préjugés, et les mêmes incompréhensions que l'humanité moyenne.

Il a sur la maladie de son frère une opinion personnelle, qu'il n'hésite pas à mettre en parallèle avec celle d'Esquirol : « Je t'envoie ci-inclus, dit-il à son père, une lettre de M. Esquirol, qui n'éclaircit rien et n'ajoute rien à mes idées personnelles, à mes observations particulières sur notre Eugène ; je crois t'avoir déjà écrit la plupart de ce qu'écrivait le docteur, auquel j'avais déjà exposé tous les faits qu'il présente. » Cependant, par une singulière déduction, il semble attribuer les hallucinations d'Eugène à l'influence fâcheuse de la maison de santé. Après avoir raconté que le malade entend des cris de femmes qu'on assassine dans les souterrains, il ajoute : « Tu vois, cher papa,

que ce séjour lui est plus pernicieux qu'utile. En somme cette maison lui a été plus funeste que toute autre. »

Il discute doctoralement le traitement appliqué à son frère : « On a pour les malades, chez M. Esquirol, dit-il, des soins infinis, mais ce qui est le plus funeste à Eugène, c'est la solitude et l'oisiveté auxquelles il est entièrement livré dans cette maison... D'ailleurs le D<sup>r</sup> Fleury (médecin de la famille Hugo) pense que la promenade et l'exercice sont absolument nécessaires au malade. » « Je crains que les moyens dont la société use envers les malades, la captivité et l'oisiveté, ne fassent qu'alimenter une mélancolie dont le seul remède, ce me semble, serait le mouvement et la distraction. » Il ajoute, il est vrai : « Ce qu'il y a de cruel, c'est que l'exécution de ce remède est à peu près impossible parce qu'elle est dangereuse. »

Il se plaint aussi qu'on ait laissé entrevoir à son frère dans quel milieu, il se trouvait : « Il paraît qu'on a pas assez caché à Eugène qu'il fût parmi des fous ; aussi est-il très affecté de cette idée que j'ai néanmoins combattue hier avec succès. »

Dès que la maladie parut se stabiliser et marquer Eugène Hugo du sceau définitif de la folie, le silence et l'oubli des siens l'enveloppèrent chaque jour un peu plus.

Tout d'abord la famille tâcha, de réduire au taux le plus modique, la dépense faite par le malade. Le plus sérieux grief contre la Maison d'Esquirol était le prix élevé de la pension. « La pension est énorme; elle est de 400 francs par mois, écrit Victor ; il existe, m'a-t-on assuré, des maisons du même genre où les malades ne sont pas moins bien que là et paient moins cher. » Mme Hugo insis-

taît à son tour : « Le désir de papa et de Victor est de tâcher de faire entrer pour la seconde fois Eugène au Val-de-Grâce, ensuite de le faire transporter chez Royer-Collard. Papa, qui, à ce que je crois, connaît quelqu'un attaché à l'administration, recommanderait le malade, et, moyennant une modique pension, qui n'est paraît-il pas de rigueur, rendrait sa position le moins triste possible. »

Pour rendre cette combinaison possible, M. Foucher, beau-père de Victor, fit accorder au malade le titre militaire de « commis au Conseil de guerre ». Grâce à cette complaisance, Eugène put entrer au Val-de-Grâce et obtenir une réduction de pension à Charenton, où il fut inscrit comme militaire. « La translation et le traitement, écrit Victor, ont lieu aux frais du gouvernement. » En 1833, pour des raisons difficiles à préciser, le ministère de guerre retira cette faveur. Il fut alors question de placer le malade à la classe la plus inférieure. Mais Victor Hugo fit des démarches auprès d'autres ministres. Le directeur de St-Maurice lui conseillait surtout de s'adresser à Thiers : « Après tout, lui écrivait-il, qu'il soit pourvu au traitement de M. votre frère par les soins de M. le Ministre de la guerre ou par ceux de M. le Ministre du commerce, c'est, en résultat, pour vous et pour lui la même chose. Qu'importe de quel bras Dieu daigne se servir. » Thiers accorda, en février 1833, la bourse demandée et voilà Eugène placé désormais au compte du ministère du commerce.

Dès qu'Eugène fut interné à Charenton, les visites de Victor Hugo cessèrent à peu près complètement. Il essaie de s'en excuser auprès de son père : « Nous n'avons pu encore voir notre pauvre Eugène

à St-Maurice ; il faut une permission et il est assez difficile de l'obtenir. » (1<sup>er</sup> juillet 1823) : « Je n'ai pu m'occuper de notre cher Eugène. » (24 juillet 1823). « Je compte, maintenant, que j'ai quelque répit, aller voir un peu notre pauvre Eugène. » (6 août 1823). « Je tâcherai de te donner des nouvelles de notre Eugène dans ma prochaine lettre. » (13 septembre 1823). Ces nouvelles promesses ne furent jamais envoyées. Dans une de ses dernières lettres, le malade remarque, sur un ton évident d'indifférence, cette absence de visites : « J'ai lieu de croire que mes deux frères, Abel et Victor, se portent également bien, car j'eusse été certainement informé de leurs nouvelles, s'il leur était arrivé quelque accident. » Victor, cependant, se décide, en décembre 1823, et en janvier 1824, à donner signe de vie à son frère. Il lui fait parvenir ces lettres par l'intermédiaire du directeur de la Maison Royale, dont il réclame la discrétion en le priant de les faire remettre « cachetées » (deux fois souligné).

A partir de 1824, dans la correspondance qu'il échange avec son père, Victor ne fera plus désormais la moindre allusion à la maladie d'Eugène. Ce fut, dès lors, le silence complet autour de cette fâcheuse folie. Eugène, dit M. Dufay, « était devenu le frère gênant, le fléau de la famille dont on ne parle pas. » Parmi les invités qui fréquentaient assidûment la maison de la Place Royale, « beaucoup d'amis, remarque Victor Pavie, ignoraient son nom ».

Dans sa « Bibliographie universelle », qui devait paraître en 1834, c'est-à-dire avant la mort d'Eugène, Sainte-Beuve avait consacré quelques lignes à ce dernier. Or, ce paragraphe disparut à l'édition.

« Sainte-Beuve dut communiquer les épreuves de son article à Victor Hugo ; le passage sauta probablement à la prière du Maître. » (M. Dufay).

Le poète ne devait rompre ce silence qu'à la mort d'Eugène. Alors seulement il crut devoir étaler en des rythmes sonores une douleur, peut-être plus verbale que vraiment affective. C'est dans le poème bien connu : « A Eugène, vicomte H... » qu'il a évoqué le souvenir de son frère :

Puisqu'il plût au Seigneur de te briser poète ;  
Puisqu'il plût au Seigneur de comprimer ta tête  
De son doigt souverain,  
D'en faire une arme sainte à contenir l'extase,  
D'y mettre le génie et de sceller ce vase,  
Avec un sceau d'airain.

Puisque le Seigneur Dieu t'accorde, noir mystère !  
Un puits pour ne point boire, une voix pour te taire,  
Et souffla sur ton front,  
Et, comme une nacelle errante et d'eau remplie,  
Fit rouler ton esprit à travers la folie,  
Cet océan sans fond.

Puisqu'il voulut ta chute et que la mort glacée,  
Seule, te fit revivre en rouvrant ta pensée,  
Pour un autre horizon ;  
Puisque Dieu t'enfermant dans la cage charnelle,  
Pauvre aigle, te donna l'aile et non la prunelle,  
L'âme et non la raison.

Tu pars du moins, mon frère, avec ta robe blanche !  
Tu retournes à Dieu comme l'eau qui s'épanche,  
Par son poids naturel ;  
Tu retournes à Dieu, tête de candeur pleine,  
Comme y va la lumière, et comme y va l'haleine.  
Qui des fleurs monte au ciel, etc....



Une étude complète de la psychose d'Eugène Hugo devrait être complétée, en l'absence de toute donnée étiologique personnelle, par la recherche des tares familiales. Les renseignements que l'on possède sur ce point sont fort incomplets. Cependant, les nombreux ouvrages consacrés depuis vingt ans à la famille Hugo; la publication de multiples correspondances, ont montré que sur cette famille pesèrent certaines tares mentales.

Sans attacher d'importance aux exagérations de Beaudelaire, qui ne trouve parmi les ascendants de Victor Hugo que « des ancêtres idiots ou maniaques, tous victimes de terribles passions », il suffirait de remonter au général Hugo, dont le déséquilibre mental serait facile à prouver. Un livre tout récent de M. Barthou nous démontre bien que, chez lui, le père et le mari firent moins brillante figure que le soldat. Le général Hugo mourut d'une attaque d'apoplexie. Le fils aîné, Abel, eut le même sort. Si la folie d'Eugène fut la première manifestation psychopathique importante dans la famille, la folie devait rôder à nouveau autour du génie de Victor : Par une curieuse analogie, qui n'est peut-être pas une pure coïncidence, sa fille Adèle sombra, jeune, dans la démence à la suite, dit-on, d'un bizarre roman d'amour. « Elle est entrée, a écrit Léon Daudet, par la porte héréditaire et le désespoir d'amour dans la folie, précoce et durable. » Elle n'est morte qu'en 1915, dans sa quatre-vingt-cinquième année. Charles, le fils de Victor Hugo, eut une fin brutale, étrange et assez mystérieuse ; il serait mort de congestion. Un neveu, que l'on s'ac-



cordait à déclarer « piqué » ou « timbré » avait de hautes prétentions scientifiques tout à fait illégitimes.

Enfin, on peut se demander si Victor Hugo lui-même ne présentait pas, à côté de ses périodes bien connues d'hyperactivité, des périodes de dépression : Un témoin raconte que, vers la fin d'un repas pendant lequel le poète s'était montré particulièrement galant et brillant causeur, on le vit tout à coup devenir sombre et muet, comme s'il était pris d'un brusque malaise. Puis il se retira presque aussitôt dans sa chambre. Pendant plusieurs jours, il fut tout à fait invisible. Ces accès étaient bien connus de sa famille et de ses intimes. Pendant ces périodes il ne quittait pas ses appartements, il restait dans l'obscurité et le silence ; il était incapable de tout travail ; sa porte était consignée à tout visiteur. Au cours d'une de ces phases de dépression, Victor Hugo dont on connaît l'art de dessinateur avait esquissé un croquis étrange : ce dessin représentait d'abord une sorte de route sombre, bordée de bâtiments noirs. Il reprit ensuite ce croquis primitif et chaque jour l'éclairait davantage en dessinant des fenêtres blanches de plus en plus nombreuses sur les murs latéraux. Il voulait symboliser par là, ainsi qu'il l'expliqua, le retour progressif de sa lucidité, de sa clarté psychique. Un point reste encore obscur : celui de savoir si au cours d'accès plus intenses d'agitation ou de dépression, il n'a pas dû faire quelque séjour dans une maison de santé. Le bruit courut en 1842 qu'il avait été interné. « Il arrive un grand malheur à la France, écrivait Balzac à Mme Hauska, le 8 avril 1842 ; Victor Hugo est dans une maison de santé, après avoir été atteint de trois accès de

folie furieuse. » Le 17 avril il était cependant moins affirmatif : « Les uns disent que Victor Hugo a été pris de trois accès de mélancolie furieuse, en lisant les articles écrits en Allemagne contre « le Rhin » ; d'autres disent qu'il n'en est rien. On dit que sa fille et sa femme ont eu le courage d'aller et de venir, gaies comme à l'ordinaire, et de recevoir pendant ces jours de folie. »

Si Victor Hugo eut des jours illuminés de gloire, il eût aussi, dans sa vie des heures sombres. « Il connut les Rayons et les Ombres ». La folie fit des ravages autour de lui, les tragédies, les deuils ont jalonné sa route triomphale. Il a largement payé la rançon de son génie par un douloureux tribut de chagrins et de misères.

Xavier ABÉLY.

---

# FRANÇOIS DOUBLET ET LA PSYCHIATRIE AU TEMPS DE LOUIS XVI

Par M. Paul CARRETTE

---

Dans une étude récente publiée par les *Annales Médico-Psychologiques*, j'ai montré quel aperçu précieux donnait sur l'Assistance des Aliénés au XVIII<sup>e</sup> siècle la lecture des travaux du chirurgien Tenon. Je citais les noms de plusieurs précurseurs de Pinel. On a rendu tardivement à certains d'entre eux l'hommage qui leur était dû. Jean Colombier, par exemple, fut célébré dans une thèse éditée en 1913 (1) et dans 2 articles de la *Chronique Médicale*. Il est l'auteur d'une « Instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les Asiles qui leur sont destinés » (1785). Cette Instruction est composée de deux parties, la première s'occupe d'Assistance, elle est l'œuvre de Colombier ; la seconde de thérapeutique, elle est due à François Doublet. La première a été reproduite et commentée par Sérieux et Libert (2). La guerre a empêché ces deux auteurs d'exhumer la seconde partie de l'ouvrage. Elle fera l'objet de cet article.



François Doublet, né à Chartres le 30 juillet 1751, passa trois années de sa jeunesse à visiter la France, l'Italie et la Hollande, puis étudia la philosophie et la médecine. Il soutint sa thèse en 1778, fut nommé suc-

---

(1) GALLOT-LAVALLÉE. — Un hygiéniste au XVIII<sup>e</sup> siècle : Jean Colombier. *Thèse de Paris*.

(2) SÉRIEUX et LIBERT. — L'Assistance et le traitement des maladies mentales au temps de Louis XVI. *Chronique médicale*, juillet-août, 1914.

cessivement médecin de l'hôpital Necker en 1781, de l'hospice de Vaugirard et de l'hôpital des Vénériens. Il publia un recueil d'« observations faites dans le département des hôpitaux civils » dont il était sous-inspecteur (1785-1788). Sauf dans l'Instruction écrite en collaboration avec Colombier, il y parle peu des aliénés. Il s'est surtout intéressé à l'étude de la fièvre puerpérale sur laquelle il a écrit plusieurs mémoires. En 1791 il adressa au Président du Comité de Mendicité un travail « sur la nécessité d'établir une réforme dans les Prisons et sur les moyens de l'opérer ». Nommé professeur de Pathologie Interne à l'Ecole de Santé en 1794, il n'y fit qu'un cours et mourut à Paris, rue du Four-Germain, le 18 prairial an III, d'une « fièvre ataxique cérébrale » dit le dictionnaire Dechambre.



Les considérations psychiâtriques exposées par Doublet comprennent des descriptions cliniques suivies d'un essai thérapeutique groupées dans 4 classes principales : la frénésie, la manie, la mélancolie et l'imbécillité. Nous allons les décrire d'abord en suivant strictement le texte de l'Instruction.

### 1° FRÉNÉSIE

« La frénésie est un délire furieux et continu, accompagné de fièvre : tantôt elle est un symptôme alarmant qui se développe dans les maladies aiguës, tantôt elle est produite par une affection primitive du cerveau, et forme par elle-même une maladie essentielle. Mais de quelque espèce qu'elle soit, elle est souvent la source d'où découlent toutes les autres maladies qui affectent la tête, telles que la manie et l'imbécillité qui en sont les suites fréquentes.

« La frénésie qui dépend d'une autre maladie, s'appelle *symptomatique* ; elle a lieu dans les fièvres malignes, quand il se fait un transport de la matière morbifique au cerveau ; elle se déclare dans les pleurésies où le diaphragme est affecté, comme l'ont prouvé plusieurs observateurs, et entre autres Boërhaave et M. Boucher : elle est commune

dans la fièvre milliaire et dans la petite vérole; les grandes douleurs, telles que celles de l'oreille, suscitent la frénésie, et cette observation est d'Hippocrate. »

On reconnaît donc cette « fausse » frénésie aux signes d'une autre maladie évoluant antérieurement. « Son traitement consiste à bien connaître les maladies dont elles est la suite ».

Les symptômes de la frénésie vraie sont les suivants :

« Elle est subite et violente ; la douleur de tête est considérable et inflammatoire ; l'habitude du corps le plus souvent pléthorique ; les yeux et la face sont rouges ; il y a des songes effrayants ou de l'insomnie, et la démence est sensible dès les premiers instants. Les jeunes gens, principalement ceux qui sont d'un tempérament bilieux-sanguin, ou adonnés aux boissons spiritueuses, y sont sujets ; elle est fréquente dans les pays chauds. »

« Les idées sont tout à fait dépravées, les désirs et les actions du malade n'ont aucun but raisonnable, sa voix est changée, ses paroles sont brusques et téméraires, son regard est féroce ; quelquefois il vient du sang par les narines. Quand la maladie ne peut plus être arrêtée, il s'établit un vomissement œrugineux, les yeux deviennent secs ; les malades crachent fréquemment et avec indécence ; enfin les évacuations se suppriment, ils tombent dans l'assoupissement ou dans les convulsions, ce qui termine leur vie du quatrième au septième jour. A l'ouverture du cadavre, on trouve les méninges enflammées, des abcès gangréneux du cerveau, ou une humeur ichoreuse qui a rongé la substance. »

Le traitement consiste à pratiquer de grandes saignées, d'abord au pied à 2 ou 3 reprises, puis à la temporale et à la jugulaire ; si le sujet est atteint d'hémorroïdes, on pose des sangsues à l'anus. Il faut administrer des boissons abondantes, froides ; deux lavements l'un purgatif, l'autre émollient, raser la tête et y placer une bande (bonnet d'Hippocrate) que l'on laisse mouillée avec de l'eau et du vinaigre froid. Il est encore nécessaire de donner des purgatifs avec des calmants comme l'anis et de ne pas négliger les bains tièdes, les douches froides, les vésicatoires aux jambes.

« C'est à cette méthode, ou à des moyens semblables, que certains hôpitaux doivent leur réputation pour le traitement des fous : celle de l'Hôtel-Dieu de Paris est la mieux méritée, mais il y manque encore des choses essentielles ; un emplacement plus vaste pour séparer des malades, que la confusion doit empêcher quelquefois de bien suivre ; un local plus aéré, si nécessaire à des malheureux dont la tête est bouillante ; des baignoires plus multipliées, et placées dans un lieu qui ne soit pas si près des malades, et dans lequel l'air ne soit pas stagnant et étouffé... »

« Quelquefois, mais rarement, l'engorgement qui reste n'est pas considérable, et la Nature suffit pour le guérir, comme on voit se dissiper, par degrés, l'imbécillité qui succède aux fièvres malignes acquises. »

Après une huitaine de jours, les symptômes aigus s'atténuent. Parfois l'affection se complique ; elle passe à la manie ou « tourne en imbécillité. »

« C'est ainsi que van Swieten l'a vue arriver, non seulement après des frénésies vraies, mais encore après des fausses. Parmi celles-ci, une des plus communes, suivant cet excellent observateur, est celle qui est produite par la suppression des lochies dans les nouvelles accouchées. »

## 2° LA MANIE

« La manie est un délire constant, sans fièvre, car s'il survient quelque fièvre aux maniaques, elle ne dépend pas de l'affection du cerveau, mais de toute autre circonstance que le hasard fait naître. Les maniaques ont pour symptômes une force de corps surprenante, la possibilité de supporter la faim, la veille et le froid beaucoup plus longtemps que les autres hommes sains ou malades ; leur regard est menaçant, leur figure sombre, desséchée et famélique ; les ulcères aux jambes leur sont familiers, leurs excréments sont très-souvent supprimés ; ils ont le sommeil rare, mais profond ; leur veille est agitée, turbulente, pleine de visions, d'actions déréglées, et souvent très dangereuses pour ceux qui les environnent. Quelques-uns ont des intervalles assez tranquilles ; d'autres ont des accès continus ou très fréquemment redoublés.

« On trouve le cerveau des Maniaques, sec, dur et friable ; quelquefois la partie corticale est jaune ; d'autres fois on y observe des abcès ; enfin, les vaisseaux sanguins sont gonflés d'un sang noir, variqueux, tenace dans certains endroits, et dissous dans d'autres. »

La manie est attribuée à un « noyau inflammatoire qui n'a pu se résoudre » quand elle succède à la frénésie vraie, ou à la « métastase d'une humeur morbifique », à la chaleur, à l'inanition, aux passions, aux intoxications, aux traumatismes.

Comme dans la frénésie, le traitement doit être tenté précocement ; il en diffère non quant aux médicaments, mais par le mode d'administration. Les saignées sont plus réduites ; les purgatifs doivent être précédés « de boissons tempérantes et fondantes, d'un régime humectant et de bains tièdes » prescrits en commençant par les plus doux et corrigés par l'opium. Les Anciens les utilisaient avec beaucoup d'à-propos chez les maniaques « et c'est vraisemblablement pour ce sujet, dit Lorry, qu'ils n'étaient pas obligés d'enfermer ces malheureux comme nous le faisons ».

Sydenham vante la racine de bryone dont les propriétés sont très analogues à celles de l'ellébore.

« Un chirurgien de Paris, qui s'annonça il y a quelques années pour guérir les fous, traita à Bicêtre, plusieurs Maniaques, dont quelques-uns reçurent un soulagement très notable, quoique peu durable ; le remède qu'il administrait était un fort purgatif, et il aurait peut-être eu plus de succès, s'il eût persévéré dans cette administration ».

Les bains et les douches alternent avec les purgatifs ; Phydrothérapie se pratique suivant une technique fixe : bain tiède, glace sur la tête pendant 2 heures, puis douche très froide. D'autres moyens peuvent être utilisés dans les cas rebelles : cautères, sétons, abcès superficiel, inoculation de la gale ; on a vanté également « le cinabre, le mouron, l'aigremoine, la mélisse, le mille-pertuis, l'anacarde », mais surtout le musc, le camphre et les narcotiques à fortes doses.

*« On a vu la manie guérie par la fièvre ou par une autre maladie... »*

« Lorsque les Maniaques sont atteints de la maladie dont ils doivent mourir, la raison leur revient au moment où souvent les autres hommes la perdent dans les mêmes cas... »

« L'électricité a produit quelques variations sur les Maniaques, mais on ne peut pas encore citer de cures opérées par ce moyen. »

Il y a plusieurs types étiologiques.

« Sydenham est le premier qui ait remarqué la manie produite par inanition ; elle succède à la fièvre quarte ou à la fièvre intermittente automnale, ou à telle autre maladie, pour la cure de laquelle les saignées et les évacuations auront été trop fréquentes. »

Il est bon d'ordonner, dans ces cas, le lavement de lait (Sydenham), les analeptiques, le riz, le gruau, les œufs frais, les toniques, la thériaque, le diascordium et l'extrait de jusquiame (Sauvages).

La manie des passions provient de la colère, des chagrins chez les femmes en couches (Van Srvieten), « l'étude continuelle mène à l'extase ; et de l'extase à la manie il n'y a qu'un pas ». Il faut isoler, distraire les malades. On distingue les variétés ambitieuses, mystiques.

« La manie que fait naître l'amour prend toutes sortes de caractères ; tantôt elle est vive et gaie, tantôt elle est sombre et mélancolique, quelquefois elle devient furieuse... L'érotomanie arrive presque toujours chez les jeunes gens, et la marche active y est nécessaire ; mais il vaut mieux multiplier les douches que de faire des saignées trop fréquentes et trop fortes... »

« Souvent, dit Lorry, la gale, les dartres ou toute autre affection impétigineuse ont guéri cette manie... »

« Van Helmont dit avoir appris de plusieurs Maniaques intermittents, que l'accès commençoit par la contemplation d'une idée unique qui les poursuit partout, et qu'ils voyoient sans cesse malgré eux, comme si elle leur étoit présentée dans un miroir. »

Enfin, la manie des poisons présente des signes assez caractéristiques.

« Les symptômes de cette manie sont tour à tour effrayants et risibles ; les malades enflammés par une imagination bizarre courent après des êtres chimériques ; quelquefois ils dansent, ils chantent et se déguisent d'une manière grotesque ; d'autres fois ils sont furieux, se font



des blessures mortelles, et ne ménagent pas davantage ceux qu'ils rencontrent. L'ivresse de notre pays indique fort bien le premier degré de cette manie, tandis que le dernier degré ne se voit guère qu'en Orient, où les Musulmans fanatiques s'enivrent d'opium, au point qu'ils sortent comme des furieux, pour égorger tous ceux qui se trouvent sous leurs pas. »

Quand les doses de toxique sont très élevées il se produit un assoupissement et des convulsions.

### 3° LA MÉLANCOLIE

« La Mélancolie est un délire continuél qui diffère de la manie en deux choses ; la première, en ce que le délire mélancolique est borné à un seul objet qu'on appelle *point mélancolique* ; la seconde en ce que le délire est gai ou sérieux, mais toujours pacifique : ainsi la mélancolie ne diffère de la manie que du plus au moins, et cela est si vrai, que plusieurs Mélancoliques deviennent Maniaques, et que plusieurs Maniaques, à demi guéris, ou dans l'intervalle de leur accès, sont Mélancoliques.

« La mélancolie tire son origine d'une trop grande ou d'une trop forte sensibilité morale, qui fait que l'on attache à un objet quelconque un trop grand prix ou une attention trop longtemps soutenue ; ce qui fait que l'on ne voit plus cet objet sous son véritable rapport. Une fibre grêle, des nerfs trop mobiles, l'oisiveté, une vie molle, des méditations métaphysiques, des chagrins profonds dévorés dans un long silence, voilà la cause de cette première impression de l'esprit qui est la source de la mélancolie. On lui a donné peut-être assez faussemment le nom de *mélancolie nerveuse* ; mais soit qu'on la considère comme une première maladie, ou seulement comme le concours des causes disposantes à la mélancolie, cela est indifférent, puisque la mélancolie nerveuse produit toujours dans les humeurs, une déparvation humorale qui agit particulièrement sur la bile, et qui a eu de tous les temps, la dénomination de *mélancolie* ; qu'elle consiste dans l'épaississement du sang imprégné d'une humeur étrangère, poisseuse et œrugineuse ; que l'effet de cette humeur hétérogène est d'engluier le ventre, en ralentissant les excrétiions, et de dessécher le cerveau, soit en lui envoyant des vapeurs, soit en le privant de sa partie la plus fluide. »

Les symptômes constatés sont :

« Maigreur... Teint sombre, vert ou plombé, des taches brunes et quelquefois des excroissances adipeuses qui deviennent jaunâtres ; l'élévation des hypocondres ; des vents, des borborigmes, des anxiétés, la constipation, ou des déjections poisseuses, les urines d'un jaune-vert, des palpitations, un enchifrénement habituel, de la tristesse, de l'irascibilité, des bizarreries croissant sans cesse, enfin pour dernier degré, la préoccupation habituelle sur un objet, soit religieux, soit moral, soit de santé, soit physique, et les idées les plus fausses et les plus ridicules sur cet objet. »

« C'est à la Société de guérir les causes morales qui disposent à cette triste maladie. » En présence des accès violents, de la pléthore, de la ménopause, de l'infection puerpérale, il faut saigner, même si les sujets ont l'air délicat suivant le précepte de Lorry. « La maigreur de certains ne doit pas faire illusion ; ils ont le poulx dur et fort et sans une ou deux saignées les remèdes ne font rien. » On doit attendre pour administrer les purgatifs que l'humeur « tenace, poisseuse » qui engorge l'intestin soit délayée par l'administration de tisanes apéritives, de « petit-lait, de quelques prise de crème de tartre, des bains tièdes ».

#### 4° L'IMBÉCILLITÉ

« L'imbécillité, qui est le degré le moins effrayant et le moins dangereux de la Folie, en apparence, est cependant, à juger bien sainement, le plus fâcheux état de l'esprit, puisqu'il est le plus difficile à guérir. Les Imbéciles ne sont ni agités, ni furieux ; rarement sombres, ils montrent un visage stupidement gai, et sont à peu près les mêmes, soit qu'ils jouissent, soit qu'ils souffrent. L'imbécillité est la suite de la Frénésie, de la Manie, de la Mélancolie longtemps prolongée. La sécheresse du cerveau la produit dans les vieillards ; la mollesse ou l'infiltration de ce viscère la fait naître chez les enfants ; les coups, les chutes, l'abus des liqueurs spiritueuses, la masturbation, un virus répercuté, en sont des causes journalières, et elle est une suite assez ordinaire de l'apoplexie.

« Lorsque cet état est la suite ou le dernier période

d'une autre maladie, il offre peu d'espérance. La fibre a perdu son ton, les nerfs sont sans énergie, le sang est à demi décomposé, et les forces ont déjà été épuisées par les remèdes dont les malades ont fait usage. L'humanité exige qu'on n'abandonne pas encore ces malheureux, et cette attention est d'autant plus nécessaire qu'on en voit quelquefois guérir avec le temps par les seules forces de la nature. La première chose à faire est de les restaurer par de bonnes nourritures ; ensuite on leur fera prendre des eaux thermales actives, on les purgera avec la racine de bryone et le jalap infusés dans l'eau-de-vie, ce qu'on appelle *l'eau-de-vie d'Allemagne*, et on essaiera ce que peuvent faire les bains froids et les douches. »

On distingue « l'imbécillité d'épuisement » due surtout à la masturbation et contre laquelle on utilise avantageusement les analeptiques, les toniques, les eaux thermales, les frictions sèches, celle qui est due à un traumatisme et qui produit des « abcès, caries et épanchements séreux ». On les combat par le trépan, les cautères derrière les oreilles. Les Anciens cautérisaient derrière la colonne vertébrale « avec une hardiesse dont l'idée nous fait frémir, mais aussi ils avoient plus de succès que nous dans les maladies que nous regardons comme incurables ». L'imbécillité par « un virus répercuté » cède parfois après inoculation de la gale, celle des poisons se traite comme la manie ; celle qui est due à l'apoplexie est justifiable de purgatifs drastiques, des cautères, de l'électricité surtout si « plusieurs membres sont paralysés », enfin la teinture de cantharides, remède délicat, peut être utilisé « sous les yeux d'un médecin sage et éclairé ».



Le bref et schématique exposé de Doublet ne se signale par aucune découverte sensationnelle, mais tel qu'il est, il offre un intérêt de premier ordre. Il aurait pu être le bréviaire de tous les praticiens de l'époque. Notons qu'il est publié en 1785, à un moment où aucune vue d'ensemble sur les maladies mentales traitées à l'Asile n'avait été publiée en France. La

traduction de Cullen par Pinel n'avait pas encore vu le jour. On remarquera que nulle discussion n'est esquissée sur la nature des troubles mélancoliques. Doublet n'avait pas à s'étendre sur ces questions de pathogénie alors si controversées. Il ne décrit pas les hypocondriaques, soit qu'il n'ait pas la compétence suffisante, soit qu'il veuille négliger systématiquement des maladies que l'on soigne généralement à domicile ou dans les hôpitaux ordinaires. Les auteurs du XVIII<sup>e</sup> siècle que Doublet a pu consulter s'entendent mal sur la question des syndromes mélancoliques ; ils cherchent avant tout à justifier leurs conceptions pathogéniques. Le terme de mélancolie est pour eux très compréhensif ; il englobe souvent les affections hypocondriaques et hystériques que l'on désigne sous le nom de « vapeurs ». A côté des nombreux galénistes ayant gardé la conception des esprits animaux et de l'influx nerveux se transmettant par des conducteurs creux, certains médecins, les « solidistes », considèrent les nerfs comme des cordes vibrantes, d'où les formules thérapeutiques différentes. Comme les compare au « parchemin trempé, mou et flexible », desséchés dans les maladies nerveuses, il faut leur « rendre l'humide dont ils sont dépourvus » (1). Il s'oppose aux remèdes « forts et violents » et aux saignées répétées. Raulin attribue un pouvoir pathogène aux infections de tous les viscères, et distingue de nombreuses variétés de vapeurs (2). Whytt n'admet pas plus que la majorité de ses contemporains la séparation des maladies hystériques et hypocondriaques défendue par Hoffmann, parce que, d'après lui, il n'y a entre ces affections que des différences de localisation du processus morbide et que l'on n'est pas fondé, par exemple, à diviser les accès hystériques en nerveux, stomachiques ou hystériques proprement dits « parce qu'ils viennent aussi souvent des affections ou des passions violentes de l'âme et du dérangement de l'estomac que

---

(1) POMME. — *Traité des affections vaporeuses des deux sexes*. Lyon 1769, 4<sup>e</sup> édition.

(2) RAULIN. — *Traité des affections vaporeuses du sexe*. Paris, 1758.

des vices de la matrice » (1). Boerhaave isole cependant le « mal hypocondriaque avec matière » de celui qui n'est accompagné d'aucun « vice dans les viscères » (2) et l'on doit à Andry une excellente description de la mélancolie dans laquelle il signale la tristesse, le monodéisme, l'anxiété, les tendances au suicide, la sitiophobie ; « ils se repentent amèrement, ajoute-t-il, des choses qui ne méritent pas de reproches » (3). Dufour s'est également appliqué à préciser le terme de mélancolie ; il établit une séparation nette avec l'hypocondrie et indique que le passage à la chronicité peut s'accompagner d'idées de grandeur, de délire de transformation et de négation (4). Ainsi par des transitions lentes nous passons à la classification de Pinel où la frénésie est isolée dans le groupe des phlegmasies des membranes séreuses et l'hypocondrie à côté des autres « vésanies » (5).

Si l'on discute beaucoup au XVIII<sup>e</sup> siècle, avec Lorry, avec Pomme, avec Tissot, du rôle respectif des humeurs, de la tonicité des fibres nerveuses et des spasmes (6) pour justifier tel traitement, on est beaucoup plus réservé sur le chapitre des états démentiels. Ils sont groupés sous le titre de l'Imbécillité ; chroniques par définition, ils restent du ressort des hygiénistes puisqu'un traitement actif ne peut leur être que d'un maigre secours. Doublet ne s'y attarde pas. Le sort des déments dépendra de la valeur hospitalière des établissements destinés à les renfermer. Dufour avait essayé en 1770 de mettre un peu d'ordre dans les genres. En 1792, Daquin fait un pas en avant. Il considère la démence comme une « privation absolue de

(1) WHYTT. — *Traité des maladies nerveuses hypocondriaques et hystériques*. Paris, 1777.

(2) BOERHAAVE. — *Prælectiones de morbis nervorum*, 1<sup>re</sup> édition. Liège, 1709. Traduction La Métrie. Paris, 1745.

(3) ANDRY. — *Recherches sur la mélancolie. Registres de la Société Royale de Médecine*. Paris, 1782-1783.

(4) DUFOUR. — *Essai sur les opérations de l'entendement humain et sur les maladies qui les dérangent*. Amsterdam et Paris, 1770.

(5) PINEL. — *Nosographie philosophique*. Paris, 1798.

(6) LORRY. — *De melancholia et morbis melancholicis*. Paris, 1765.

raison » et l'imbécillité comme un « affaiblissement...; et toutes les deux diffèrent de la folie, en ce qu'elles indiquent un état habituel de privation ou de faiblesse du bon sens, au lieu que la folie ordinaire ne semble dénoter qu'un dérangement fougueux de l'imagination qui, cessant par intervalle paroît et disparoît alternativement » (1). La classification de Daquin comprend 6 groupes de fous : les « furieux » (maniaques), les « tranquilles » (mélancoliques), les « extravagants » (débiles excités, certains maniaques); puis les « insensés » (arriérés), les « imbécilles », classe mal définie où l'on distingue cependant une imbécillité naturelle et une autre « consécutive à d'autres folies » (démence précoce et des affections curables qui correspondent sans doute à ce que nous nommons confusion mentale); enfin les « déments » (démences de l'adulte et des séniles). Les délirants, systématisés ou non, devaient entrer dans les catégories mentionnées, surtout dans la mélancolie, et être classés d'après leurs réactions. Comme l'a très justement fait remarquer Ducosté, Daquin a ébauché l'étude des formes frustes des psychoses non traitées à l'Asile (2). Il paraît avoir été un excellent clinicien, et il nous a laissé l'observation d'un délirant interpréteur.



Au début du XIX<sup>e</sup> siècle la thérapeutique des maladies mentales subit une crise. Et cette crise est secondaire au renouveau de l'Assistance. L'Instruction de Colombier et Doublet avait préparé la voie aux réformes; les vieilles méthodes apparurent bientôt inopérantes et, tombant d'un excès dans un autre, on abandonna saignées, cautères et purgatifs pour vanter les heureux effets du traitement moral. Il semblait que tout homme de bonne volonté pourrait guérir les fous avec de bons conseils, l'aide de la musique et les

(1) DAQUIN. — *La philosophie de la folie*. Paris, 1792.

(2) M. DUCOSTÉ. — Deux observations de Joseph Daquin, aliéniste savoyard. *Revue de Psychiatrie*, décembre 1909.

ouvrages des anciens philosophes « qui valent bien mieux pour les esprits cultivés que les formules artistement combinées de toniques et d'anti-spasmodiques » (1). Fodéré reproche à Pinel de ne mettre « le plus souvent que la médecine expectante à la place des méthodes de traitement qu'il bannit ». Une armée de guérisseurs de fous, qui n'étaient pas médecins, surgit et exerça son art pendant quelques années. La pratique des autopsies fut négligée pour les aliénés tandis qu'elle se développait très utilement dans d'autres écoles médicales, celle de Corvisart par exemple. Dans l'école de Pinel, dit Daremberg, « le diagnostic ne repose sur aucun moyen physique, la thérapeutique est à peu près insignifiante » (2).

Ces errements sont inévitables aux tournants de l'histoire. Les excès sont liés à toute réaction ; les adeptes dépassent le but que visait le réformateur. Ces excès ne doivent pas faire perdre de vue les mérites de ceux qui ont consacré leur activité à la réalisation d'une œuvre glorieuse et difficile. Vaillants ouvriers de la première heure, ils n'ont été rebutés ni par l'amoncellement des obstacles, ni par le mauvais outillage, ni par l'hostilité puissante d'une routine séculaire. Esquirol, malgré l'ampleur de ses conceptions philanthropiques, malgré tout son talent et sa perspicacité clinique aurait-il porté si haut la renommée de la psychiatrie française, si Pinel ne lui avait pas montré le chemin ?

---

(1) F. FODÉRÉ. — *Traité du délire*. Paris, 1817.

(2) Ch. DAREMBERG. — *La médecine, histoire et doctrine*. Paris, 1865.

## SUR UN CAS D'HALLUCINOSE CHRONIQUE

Par le D<sup>r</sup> Jacques LEYRITZ

---

Nous avons eu l'occasion d'observer à la Colonie familiale de Dun-sur-Auron un cas d'hallucinoase chronique. Il nous paraît intéressant d'en résumer l'observation pour la Société Médico-Psychologique où la question a été reprise récemment par Halberstadt dans une « Contribution à l'étude des hallucinoses chroniques » à propos de deux cas personnels (1).

Nous ne nous arrêterons pas au fait que la proposition qu'il souligne au début de son article « prédominance des troubles sensoriels en dehors de tout élément infectieux ou toxique » ne se trouve ni confirmée ni infirmée par ses observations ni même discutée dans ses conclusions. Cependant, nous restons sur ce point fidèle aux conclusions de notre thèse (2), à savoir que le syndrome hallucinoase (y compris l'hallucinoase chronique) est vraisemblablement d'origine toxique (hétéro-auto-toxique, ou toxi-infectieuse). Nous n'indiquerons pas non plus la bibliographie de la question, Halberstadt venant de la donner à nouveau reprise, d'ailleurs, de notre thèse.

L'intérêt de l'observation que nous publions aujourd'hui réside dans l'existence de phénomènes hallucinatoires très riches et en particulier d'hallucinations psychiques de l'ouïe ayant évolué vers l'extériorisation spatiale. Ce point nous entraînera à envisager les carac-



tières du langage intérieur normal et de ses troubles pathologiques.

L'observation de la malade est la suivante :

Obs. (mai 1926). — Mme P., Vve L., 70 ans. Sans profession. Petite propriétaire.

L'absence d'affaiblissement intellectuel notable et la capacité d'auto-analyse donnent une valeur particulière aux témoignages de la malade.

Le début s'est fait à l'âge de 30 ans (il y a 40 ans par conséquent), trois ans après la mort de son mari. Elle est restée 20 ans hallucinée hors de l'Asile (absence de réactions antisociales).

Le mode de début fut insidieux, marqué par des malaises. Elle se sentait gênée, éprouvait une angoisse imprécise, à la moindre contrariété se trouvait ennuyée et angoissée : « J'éprouvais comme une secousse, je me trouvais ankylosée et angoissée. J'avais l'impression d'une mort prochaine. Le lendemain je me sentais dégagée, alerte, j'étais plus libre dans mon travail (ménager). »

Bientôt apparurent des hallucinations psychiques, pseudo-hallucinations auditives verbales. Elle entendait répéter sa pensée (écho de la pensée), faire des observations sur ce qu'elle disait. Après une conversation, se formulaient des appréciations qui lui donnaient tort ou raison. À cette époque « je croyais que c'était moi », dit-elle, mais depuis « j'ai compris que c'était quelqu'un, l'esprit de quelqu'un qui donnait ces appréciations à l'intérieur de ma tête ». C'était l'esprit de son frère.

Ensuite elle entendit des « voix de basse » extériorisées spatialement.

Puis des voix hautes également extériorisées.

Encore actuellement on répète ses pensées, on énonce ses actes, on voit tout et on parle de tout, on demande des explications sur tout. Souvent elle répond à ses voix qui parfois l'éveillent la nuit.

Ces personnes qui parlent sont tous les membres de sa famille : mari, sœurs, cousins, etc., et des personnes de son entourage familial.

En même temps elle les voit : « Je les vois, en face de moi, réelles. J'ai vu sur mon lit une de mes sœurs, assise. Je me suis approchée pour la toucher : elle a disparu.

« Toutes les personnes qui me parlent, je les vois, mais peut-être sont-elles un peu effacées,

« Je les vois. Je les « connais » bien. Je les « reconnais ». Les personnes mortes, je les vois comme je les ai connues. »

Cette connaissance et cette reconnaissance sont particulièrement instructives quant à l'interprétation psychologique à donner au phénomène hallucinatoire : il s'agit, comme l'a bien mis en valeur Quercy (3), avant tout d'un phénomène imaginaire complexe conditionné par la mémoire.

Ces hallucinations visuelles sont combinées avec les hallucinations auditives. La malade s'exprime ainsi à ce sujet : « Ce sont des hallucinations (visuelles). On n'a pas de voix sans hallucinations (visuelles). Mais on pourrait avoir des hallucinations (visuelles) sans voix. » Chez elle donc, le couple auditivo-visuel est intimement lié. Elle dit aussi d'autre part : « Tout le monde le sait. C'est réel, ce ne sont pas des choses imaginaires. » Ce fait nous montre que ses hallucinations ne sont pas véritablement conscientes quoiqu'elle parle spontanément de ses « hallucinations ».

A côté des hallucinations auditivo-visuelles prédominantes, ont existé ou existent encore un grand nombre de phénomènes hallucinatoires. Hallucinations de la sensibilité générale (ou mieux h. de la douleur si l'on admet un « sens » des impressions douloureuses).

Elle a ressenti des serremments de la tête, « comme prise par un lazzo », « a eu les doigts des pieds « comme serrés dans un cercle », sous le pied « comme l'appui d'un sous-pied de guêtre », des incisions de la peau à l'épigastre. Sentait comme un fer chaud qu'on approche de la joue.

H. complexes. — Son lit était agité rythmiquement au son d'un piano (h. combinées). Sa chambre, quand elle voulait y entrer, s'emplissait d'une brume qui lui faisait peur.

Dans son jardin il lui semblait qu'on allait la broyer, elle ressentait comme une poussée d'air.

Une table sur laquelle elle s'appuyait tremblait comme au passage d'un tombereau.

H. génitales. — Sensation de chaleur hypogastrique, sensations proprement sexuelles parfois prolongées jusqu'à la jouissance. La malade est discrète et s'exprime simplement sur ce sujet.

« C'est pour guérir, c'est pour guérir » entendait-elle en même temps (h. combinées).

A côté des phénomènes hallucinatoires existent des phénomènes d'influence. Phénomènes d'arrêt. On l'empêche, en critiquant ses actes de faire ce qu'elle voudrait (menus actes).

Ordres. — On la commande : « Je marche sous les ordres, je suis surveillée pour tout. On veille à mon estomac, me recommandant de bien mâcher lorsque je mange. Je suis surveillée en toutes choses nuit et jour. Ce sont d'ailleurs des ordres raisonnables. J'aime mieux les exécuter tout de suite que de m'énerver à remettre. Si je n'obéis pas, ils me donnent un malaise dans l'estomac.

« Ces personnes aiment mieux commander.

« Pour agir il faut attendre que je sois commandée ».

En fait, la malade exécute rapidement et docilement les différents ordres de se mouvoir qu'on lui donne.

Recherche des idées délirantes.

« Tout ça c'est un peu de persécution » ainsi, s'exprime la malade.

Elle a cru que c'était le Dr L. médecin de la famille qui la faisait tourmenter. Sur l'affirmation d'un autre médecin que cette idée est fausse, elle l'abandonne. Elle pense au principal clerc de notaire de l'étude où travaille son mari, puis change encore successivement d'opinion sans croyance ferme. « C'est peut-être ceci, cela » dit-elle pour exprimer son incertitude « en définitive c'est probablement l'Asile qui s'occupe de spiritisme ».

« J'ai mon système malade sans quoi cela ne serait pas arrivé probablement. On me dit que c'est pour m'aider, à supporter ma souffrance, ma maladie.

« Des fois le ton est bon, ce n'est pas toujours dur, mais cela ne me rassure pas. Sans doute est-ce indispensable, puisque c'est pour m'aider et qu'on ne peut pas cesser. »

Rappelons ici que les hallucinations génitales s'accompagnaient des paroles : « C'est pour guérir ».

Nous avons vu à propos de ses hallucinations psychiques ce jugement rétrospectif : « C'était l'esprit de quelqu'un qui donnait ces appréciations à l'intérieur de ma tête. » « L'esprit d'une personne chez une autre, « doublée » (*sic*), donne la ressemblance à s'y méprendre. Sans doute suis-je doublée — mais je dis que je n'ai l'esprit de personne » (une des malades d'Halberstat se disait également doublée).

Ainsi s'exprime chez notre malade un sentiment complexe qui est en effet double et contient les contraires : le sentiment de l'intrusion intime d'un esprit étranger et le sentiment de son moi intact.

La malade est très curieuse à ce point de vue.

Peut-on parler chez elle de scission du moi, de dédoublement de la personnalité, ou plus exactement selon Revault d'Allonnes (4) de l'individualité ? Ces formules n'expri-

ment pas le sentiment intime dont la malade nous fait part.

Elle n'a pas l'impression d'une emprise de son individualité, elle reste indivise à son propre jugement, elle revendique vivement son indépendance. « Mais je dis que je n'ai l'esprit de personne » affirme-t-elle. Elle ne donne l'hypothèse de l'intrusion en elle-même d'un esprit étranger que comme une explication des phénomènes qu'elle ressent ; elle n'en a pas la conviction. Aussi accouple-t-elle les deux contraires : « Sans doute suis-je doublée, mais je dis que je n'ai l'esprit de personne. »

Autrement dit, elle semble vouloir exprimer ce fait paradoxal, mais vrai, sincère. « Tout se passe comme si j'étais « doublée », mais je reste moi-même, j'ai le sentiment formel de continuer à m'appartenir. »

Elle reste perplexe, ne conclut pas : « Si je rentrais chez moi, je serais seule : si j'avais encore des voix c'est que ce serait moi, c'est de moi que ça viendrait. Je ne devine pas tout ça, je cherche. »

Ces propos sont spontanés sans questionnement particulier à ce sujet.

Ainsi chez notre malade, la conviction délirante fait-elle défaut. Si l'on peut parler chez elle d'idées d'influence, on voit qu'on ne peut le faire qu'avec les plus grandes réserves. Et malgré les phénomènes d'arrêt, les ordres qui la font agir, les hallucinations psycho-motrices verbales, nous ne croyons pas devoir mettre au premier plan l'idée d'influence.

Au contraire, la richesse des phénomènes psycho-sensoriels, l'absence de conviction délirante, l'indécision de l'interprétation à donner aux phénomènes, le sentiment vague d'un trouble pathologique sans que les hallucinations soient proprement conscientes, nous la font classer dans le cadre des hallucinoses chroniques.

Elle illustre même, tout au moins dans la période de début, une forme à prédominance d'hallucinations psychiques que nous avons mise en valeur dans notre thèse (2).

Son comportement répond aussi à cette manière de voir. Elle est affable, polie, répond avec aisance et simplicité, ne présente actuellement aucune interprétation délirante au sujet de son entourage. Elle n'est pas orgueilleuse, ni méfiante. Elle n'a aucune idée de grandeur ni de richesse. En parlant elle ne construit aucun néologisme. Elle est très douce et résignée. Autrement dit elle se comporte comme une personne « normale » qui serait assaillie de troubles psycho-sensoriels.

## DISCUSSION

Dans l'hypothèse d'une lésion cérébrale déterminant l'automatisme sensoriel selon la conception de de Clérambault (5), il est incompréhensible que les données des sens (vraies ou hallucinatoires) puissent fournir au moi les éléments d'une perception (vraie ou hallucinatoire). Les éléments abstraits ainsi mobilisés automatiquement n'auraient en effet aucune affinité particulière les uns pour les autres, rendant possible leur synthèse en une perception (vraie ou hallucinatoire).

Nous croyons (avec Quercy, Halberstadt) à un trouble plus complexe de l'« individualité », qui, au lieu de rester « indivise », se scinde, se scinde non d'une scission théorique à l'emporte-pièce, mais d'une scission complexe, admettant avec elle la survivance du sentiment du moi indivisé. Nous avons insisté à dessein sur la façon dont s'exprime notre malade à ce sujet. Son auto-analyse nuancée nous révèle l'existence de ce sentiment complexe dont nous tenons à respecter la contradiction apparente.

On peut émettre l'hypothèse psychogénétique d'une exagération en intensité et en fréquence du langage intérieur (hyperendophasie de Laignel-Lavastine) à l'origine de ce jugement de dédoublement.

C'est cette hypothèse que nous adoptons.

Tout d'abord, l'existence chez cette malade d'hallucinations primitivement « psychiques » ou, selon la très juste appellation de Froment (6), hallucinations du langage intérieur, ayant évolué vers les hallucinations auditives à caractère d'extériorité spatiale, montre bien que la distinction entre pseudo-hallucinations et hallucinations vraies n'a qu'une importance secondaire et n'est au fond que le résultat d'une analyse succincte. L'apparence d'intercalation ou de non-intercalation de l'organe auditif dans le circuit de la perception, fait toute la différence. Et trouvons-nous à l'état normal une distinction nette entre le sentiment d'extériorité au moi psychique et le sentiment d'extériorité au moi spatial ?

Lorsque nous pensons, nous pensons, dit-on, intérieurement avec notre cerveau. Telle est du moins l'opinion commune. En fait, il n'en est rien : ce sentiment d'intériorité spatiale n'accompagne pas la pensée. Il faut, semble-t-il, distinguer tout d'abord, comme il est classique de le faire, la pensée sans images de la pensée avec images.

Si le langage intérieur (qui a toujours des caractères sonores, une intonation particulière, un timbre) formule la pensée, celle-ci peut être appelée pensée imagée. D'ailleurs, la formule ainsi déterminée n'est qu'un commencement d'extériorisation par rapport à notre pensée même, qu'elle exprime souvent mal, laissant parfois de côté l'essentiel de notre pensée intime que nous « sentons » sans formule. Les formules successives du langage intérieur qui cherchent à exprimer pour nous-mêmes dans des rectifications successives (qu'elles suggèrent parfois l'une l'autre en se formulant) notre pensée vraie, sont le produit de la réflexion. Nous rapportons notre pensée à nos interventions du langage intérieur. Nous avons le sentiment de libre discussion avec nous-mêmes.

Si nous pensons sans images (et sans langage intérieur, par conséquent), c'est que le sujet de notre pensée comporte l'appréhension d'un ensemble in formulable, d'un sentiment.

Il ne saurait être question dans ce cas d'extériorisation même partielle.

Mais ni dans la pensée avec images, ni dans la pensée sans images, nous n'avons le sentiment de rapporter notre pensée à un organe quel qu'il soit, ni même de penser « intérieurement ». Nous pensons sans que ce phénomène ne détermine l'idée d'intériorité, ni d'extériorité. La pensée est un phénomène neutre au point de vue spatial, ni intérieur, ni extérieur. Mais nous rapportons cette pensée à notre individualité parce qu'elle est accompagnée du cortège de nos conceptions personnelles (perception, etc.).

Quel est maintenant le trouble présenté par notre malade ?

Ce n'est pas, et ce ne saurait être (puisque'il s'agit de

phénomènes hallucinatoires) un trouble de la pensée sans images.

C'est un trouble du langage intérieur.

Le langage intérieur normal a toujours un timbre particulier, des intonations, des inflexions. Il peut, suivant le contenu de la pensée, prendre la forme dialoguée où des voix connues sont reconnues. Le plus souvent l'une au moins des voix possède les caractères de la nôtre propre. Dans ce cas de langage intérieur dialogué, la formule commune suivante exprime littéralement le phénomène. « J'entends d'ici un tel me faire telle objection. »

Nous n'avons jamais noté que le langage intérieur normal soit neutre, monotone, comme le dit Froment (6) « sans timbre, sans intonation ni inflexion » et diffère de tous points du langage extérieur. Tel n'est pas l'avis que notre introspection personnelle nous suggère. Il existe du reste une impossibilité théorique pour qu'il en soit ainsi : ce langage intérieur est un phénomène auditif et de ce fait il possède un timbre, une hauteur ou ton et des inflexions (ne seraient-ce que celles de son début et de sa fin).

Froment lui reconnaît une sonorité (faible), or s'il est sonorité, il est timbre, ton, commence et finit (inflexions). De plus on ne peut concevoir que le langage intérieur, phénomène auditif verbal, puisse être formé autrement que des phonèmes déjà perçus par le sujet, c'est-à-dire ceux de sa voix propre et ceux d'interlocuteurs connus : ils ont tous une sonorité et par conséquent un timbre, une tonalité, des inflexions.

La forme dialoguée normale nous paraît particulièrement importante à considérer en ce qui concerne notre malade, qui en présente des hallucinations, c'est-à-dire une intensification pathologique : des voix la questionnent, lui font des objections et elle est obligée de fournir des explications sur toutes choses.

Comme le dit Froment avec la plus grande justesse : « L'hallucination n'a-t-elle pas tout simplement les caractères d'une variété vive de langage intérieur ? » Nous nous rangeons pleinement à cette manière de voir.

L'évolution des hallucinations chez notre malade vient encore à l'appui de cette thèse — d'abord pseudo-hallucinations à contenu complexe, longues conversations dialoguées — localisées au dehors dans la suite.

Froment, dans son étude concise et suggestive (6) rapporte ce mode d'évolution comme noté déjà par Griesinger, par Baillarger, par Kandinsky, par Petit : 1° auto-représentations aperceptives ; 2° paroles localisées au dehors.

Notre malade est un nouvel exemple de ce mode d'évolution.

D'autre part que peut-on appeler chez elle « écho de la pensée », si ce n'est le phénomène suivant : répétition de ses pensées, répétition d'abord pseudo-hallucinatoire puis hallucinatoire vraie. On pourrait noter plus précisément ce phénomène en disant au pluriel « écho des pensées » car il s'agit toujours de formules de pensée, de langage intérieur. Nous nous refusons à classer ce phénomène comme une forme de « vol de la pensée » car notre malade n'a pas le sentiment d'un vol.

Si comme le dit Revault-d'Allonnes (7) l'observateur psychologue (... ou plutôt le psychologue observateur) doit passer outre au sentiment du malade et doit faire théoriquement du phénomène une forme de vol de la pensée, le malade y perd quelque peu, semble-t-il, au point de vue clinique. Il risque d'être aiguillé sur une voie nosologique qui n'est pas la sienne.

C'est ainsi que notre malade qui a présenté de l'écho des pensées et de l'énoncé des actes sans avoir le sentiment du vol de sa pensée (elle revendique au contraire vivement son individualité) courrait le risque (et elle y perdrait semble-t-il) d'être classée dans le cadre « psychose hallucinatoire chronique de Gilbert Ballet » en raison du symptôme pathognomonique « vol de la pensée » — symptôme qu'elle renie malgré l'écho de ses pensées et l'énonciation de ses actes (elle ne présente pas d'anticipation des pensées). Elle le renie parce qu'elle est une hallucinée sans délire et que l'étiquette d'hallucinoze lui convient



mieux, ou, ce qui revient au même, celle de polyphrène de la première catégorie de Revault-d'Allonnes (4a).

Nous avons insisté sur les points qui nous ont paru les plus intéressants : celui des hallucinations psychiques et celui de l'écho des pensées.

Au point de vue somatique, malgré le désir que nous en avons, nous n'avons pu noter aucun symptôme d'intoxication exogène ou endogène notamment aucun trouble endocrinien manifeste, ni faire aucune hypothèse génétique plausible à ce sujet.

Toutefois, nos moyens d'investigations, insuffisants, l'absence de recherches de laboratoire ne nous permettent pas de conclure sur ce point, d'autant moins que l'absence de résultat des recherches usuelles actuelles, si elles avaient été pratiquées, n'infirmerait pas la probabilité de concomitants somatiques.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. HALBERSTADT. — Contribution à l'étude des hallucinoses chroniques *Ann. méd.-Psych.*, fév. 1926, n° 2, p. 100-112.
  2. LEYRITZ. — L'hallucinosè. *Thèse de Paris*, 1923.
  3. QUERCY. — Exagération des hallucinés. *Ann. Méd.-Psych.*, juillet-août 1920, p. 337.
  4. REVAULT D'ALLONNES. — a) La polyphrénie. *Ann. Méd.-Psych.*, octobre 1923, p. 229 et p. 233. — b) L'hallucination. *Ann. Méd.-Psych.*, janvier 1926, p. 46.
  5. DE CLÉRAMBAULT. — Automatisme mental et scission du moi. *Bull. Soc. Clin. M. m.*, avril 1920, p. 1.
  6. FROMENT. — Comment étudier les troubles du langage ? *Congrès de Bruxelles*, août 1924. *C. R. Rapport de Neurologie*, p. 30.
  7. REVAULT D'ALLONNES. — Le vol de la pensée. *Encéphale*, février 1924, p. 101.
-

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

SÉANCE DU LUNDI 28 JUIN 1926

Présidence : M. ARNAUD, ancien Président

Les Docteurs Collet, Abely, Minkowski, Anglade, Daday, Robin, membres correspondants, assistent à la séance.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — La correspondance manuscrite comprend : des lettres du D<sup>r</sup> Sollier, Président, et Legrain, Vice-Président, qui, absents de Paris, s'excusent de ne pouvoir assister à la réunion et une lettre du D<sup>r</sup> Carrette remerciant la Société de l'avoir admis comme membre correspondant.

Il est procédé à la désignation de la délégation chargée de représenter la Société au Congrès de Genève. Cette délégation se composera des membres du bureau auxquels sont adjoints MM. Arnaud, Anglade, René Charpentier, Dupain, Marie et Roubinovitch.

## *Rapport de Candidature*

M. TRÉNEL. — Une commission composée de MM. Claude, Pactet et Trénel, rapporteur, vous propose la nomination du Professeur Viggo Christiansen comme membre associé étranger.

Professeur à l'Université de Copenhague, Médecin en chef de l'Hôpital Royal, Président de la Société des Médecins de Copenhague, V. Christiansen est membre de l'Académie de Médecine et de la Société de Neurologie de Paris. Nous nous bornerons à citer quelques-uns de ses principaux travaux neurologiques : les

tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux, les tumeurs de la région chiasmatique, la lipodystrophie progressive, les tumeurs juxta-médullaires. Cette année même a paru la deuxième édition française de ses leçons sur les tumeurs du cerveau. Nous avons fait récemment ici l'exposé de cet ouvrage, offert par l'auteur à la Société médico-psychologique, et nous nous plaisons à y trouver le reflet de l'enseignement qu'il a fondé et à redire combien en sont remarquables les qualités didactiques et l'originalité des vues.

Familier des réunions scientifiques françaises, le Professeur Christiansen a été rapporteur à la réunion neurologique internationale de 1925 de la question de la migraine. Représentant du Danemarck aux cérémonies des centenaires de Pasteur et de Charcot, il a trouvé pour célébrer ces deux hommes illustres et clamer les sentiments qui lient le Danemarck à la France, des accents dignes de ce petit pays, ami indéfectible du nôtre, de ce petit pays au grand cœur.

*Election.* — M. le Professeur Viggo Christiansen est élu membre associé étranger de la Société médico-psychologique à l'unanimité des membres présents.

### *Rapport de Candidature*

M. TRÉNEL. — J'ai l'honneur au nom d'une commission composée de MM. Claude, Colin, Trénel, rapporteur, de présenter à la Société le rapport sur la candidature de M. Cénac, au titre de membre correspondant.

M. Cénac, interne des asiles de la Seine, chef de clinique, adjoint à la clinique des maladies mentales n'est pas inconnu pour nous. Il fait ici-même, et dans d'autres Sociétés de multiples communications surtout cliniques tant dans le domaine psychiatrique que neurologique. Nous rappelons plusieurs de ces communications :

*Délire hallucinatoire. Pseudo-hallucinations. Hallucinations unilatérales de l'ouïe. Hallucinations lilliputiennes périodiques atypiques.*

*Lymphocytose transitoire au début d'une affection mentale aigue récidivante.*

*Lymphocytose transitoire dans une affection mentale aigue curable. Délire hallucinatoire par épuisement au cours de l'allaitement.*

*Présomption légale d'origine et pensions militaires.*

*Un cas de paralysie générale et de tabès avec déformation particulière du maxillaire inférieur.*

*Alcoolisme et hallucinations lilliputiennes.*

Il a participé aux recherches de M. le Professeur Claude sur l'hyperpnée expérimentale qui ont été exposées récemment à notre Société.

Son travail le plus étendu est sa thèse dont le point de départ a été une malade présentée à la Société clinique sous le titre de Logorrhée néologique. Dans cette question si obscure des langues néologiques il s'est attaché à discuter le point particulier de la glossolalie. Son travail est intitulé :

*De certains langages créés par des aliénés, contribution à l'étude des glossolalies.*

L'auteur distingue deux grands groupes de glossolalies. Premièrement des troubles du langage qu'il range dans la « glossomanie » (néologisme de l'auteur). Les malades, généralement des maniaques, qui prétendent être capables de parler une ou plusieurs langues étrangères, se livrent en réalité à un simple jeu verbal dénué de toute signification. Ils prononcent généralement des syllabes étranges à consonance vaguement exotique.

Deuxièmement des troubles consistant en la création volontaire d'un langage réellement nouveau, régi par quelques règles grammaticales simples, et qui caractériseraient pour l'auteur des cas de « glossolalie vraie ».

Par l'analyse des observations qu'il publie, l'auteur montre qu'à ces deux formes cliniques correspondent deux mécanismes différents.

L'un vise les glossomanes : ici l'excitation psychique est au premier plan ; le jargon apparaît comme le résultat d'une « activité de jeu » s'exerçant aux

dépens d'un automatisme verbal. Dans ces cas, ce sont les lois d'association inférieure qui règlent l'émission des vocables (assonance, allitération).

Le deuxième mécanisme correspond à la glossolalie vraie : ici apparaît un effort logique volontaire, orienté en vue de la création d'une langue. L'automatisme mental semble jouer un rôle secondaire. La glossolalie représente une compensation à l'activité d'une affectivité déviée chez des sujets schizoïdes, schizomanes ou schizophrènes réalisant ainsi complètement la rupture avec la réalité.

Si la glossolalie apparaît comme un syndrome assez rare, elle permet néanmoins un classement de malades intéressant au point de vue du diagnostic.

Cette fine analyse psycho-physiologique nous est un gage de l'esprit de recherche de l'auteur et de son sens clinique.

Nous vous proposons la nomination de M. Cénac comme membre correspondant.

*Election.* — A la suite de ce rapport, M. le D<sup>r</sup> Cénac est élu membre correspondant de la Société médico-psychologique à l'unanimité des membres présents.

### *Rapport de Candidature*

M. R. LEROY. — Messieurs, vous avez chargé une Commission, composée de MM. Claude, Toulouse et Leroy, de vous présenter un rapport sur la candidature de M. Montassut au titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique.

M. Montassut n'est pas un inconnu pour nous. Ancien interne des asiles de la Seine, chef de clinique titulaire de la chaire des maladies mentales, lauréat de la faculté de médecine (prix de thèse, médaille d'argent), vous lui décerniez récemment le prix Moreau de Tours.

Les publications de notre jeune confrère sont très nombreuses ; elles se rapportent à la psychiâtrie, à la psycho-pathologie, à la biologie et à la thérapeutique. Leurs variétés dénotent un esprit scientifique chercheur, bien orienté, qui, non content de s'intéresser très sérieusement à la clinique, fait encore appel aux

méthodes et aux nouveaux procédés d'investigation de la pathologie générale pour essayer de préciser la pathogénie des syndromes mentaux.

Nous ne citerons pas ici tous les travaux de M. Montassut, dont plusieurs se retrouvent dans les *Annales médico-psychologiques*. Sa thèse sur la *Constitution paranoïaque* est un travail complet, fort bien écrit, d'ailleurs, consacré à l'étude nosographique et clinique de la Paranoïa. Il nous montre les éléments majeurs de la constitution associés à d'autres éléments accessoires (prosélytisme et altruisme morbides, auto-didactisme, fanatisme, etc.), et il étudie « le petit paranoïaque » chez lequel l'état de déséquilibre fondamental se mêle fréquemment à des tendances émotives, cyclothymiques, perverses, etc., pouvant avoir un relief aussi riche que l'élément paranoïaque lui-même.

Les délires hallucinatoires, les états paranoïdes, la démence précoce dans ses difficultés de diagnostic avec la psychose maniaque-dépressive, l'encéphalite épidémique ont été l'objet d'un grand nombre de communications.

Nous attirons plus spécialement votre attention sur la compensation idéo-affective. Le besoin de réagir par évasion chimérique de la réalité est une tendance générale aux individus inadaptés ou désadaptés, qui s'efforcent d'échapper ainsi à certaines situations sociales douloureuses. Cette évasion imaginative, favorisée d'ailleurs par l'affaiblissement intellectuel, peut à elle seule conditionner l'éclosion et la marche de certains états délirants pour lesquels M. Montassut a proposé le terme de *psychose de compensation*. C'est là une étude originale et intéressante.

Nombreuses sont les recherches biologiques : *Provocation expérimentale de crises comitiales par hyperpnée avec leurs variations sanguine et urinaire* (avec M. le professeur Claude). *Crises provoquées par lésions expérimentales de la région rolandique, du pli cruciforme, du vermis et intoxication strychnique. Modifications expérimentales de l'alcalose chez les chiens porteurs de lésions cérébrales et intoxiqués. Etude systématique de l'hydraulique chez les cénestopathes*

(tension artérielle, veineuse, céphalo-rachidienne, etc.). Nous avons tenu à citer ces travaux, car ils montrent que l'auteur suit une voie scientifique féconde et dans laquelle nous ne pouvons que l'encourager.

Votre rapporteur ne veut pas terminer sans rappeler qu'il a eu la bonne fortune de l'avoir comme interne à l'asile de Maison-Blanche et qu'il a pu apprécier ainsi son labeur et ses qualités professionnelles.

Votre Commission, à l'unanimité, vous propose de nommer M. Montassut membre correspondant de la Société médico-psychologique.

*Election.* — A la suite de ce rapport, M. Montassut est élu membre correspondant de la Société médico-psychologique, à l'unanimité des membres présents.

## Les symptômes liminaires de la démence précoce

Par le D<sup>r</sup> Xavier ABÉLY

L'étude de la période initiale de la démence précoce a fait l'objet de nombreux travaux. Il y aurait cependant un si puissant intérêt clinique et peut-être thérapeutique, à pouvoir établir, à la phase tout à fait primitive, en face de troubles mentaux encore imprécis, le diagnostic et le pronostic de l'hébéphrénocatatonie, qu'il ne m'a pas paru superflu de reprendre cette étude.

La plupart des auteurs insistent sur l'insidiosité, le polymorphisme de ce début, et la difficulté de le distinguer de la plupart des syndromes mentaux : psychasthénie, hystérie, excitation, dépression, etc.

Mon but a été de rechercher, par la simple observation clinique, sous la variété apparente de ces syndromes initiaux, l'existence possible de symptômes communs, constituant un syndrome général.

J'ai employé à cet effet la méthode la plus simple, celle de la statistique : ayant noté, dans chaque cas, tous

les signes observés, je n'ai retenu que ceux rencontrés dans plus de 50 0/0 des cas. Un tel travail de statistique ne peut avoir quelque valeur que s'il porte sur de nombreuses observations. Je poursuis cette étude depuis plusieurs années. J'ai recueilli d'abord tous les cas que j'ai suivis personnellement depuis le début de la maladie jusqu'à la période de démence confirmée. Dans divers asiles, j'ai repris l'histoire de tous les déments précoces avancés ; et par les observations, par les renseignements des familles, par les écrits des malades, j'ai pu remonter au début de la maladie. Cette statistique porte ainsi sur plus de 150 cas. Je n'ai retenu que ceux dont le diagnostic ne pouvait faire le moindre doute. Il ne s'agit évidemment que de cas à évolution lente. Si le début de la démence précoce est souvent insidieux, si l'intelligence est encore en apparence normale, il n'y a pas moins, à un certain moment, une modification de l'état mental qui contraste avec l'état psychique antérieur. C'est cette transformation qu'il est important de suivre le plus précocement possible. Or, à cette phase tout à fait initiale existent déjà des symptômes communs à toutes les formes de début. Tous ces symptômes pris individuellement sont connus et déjà décrits. Cependant mon étude permet, je crois, non seulement de les confirmer et de les mettre en relief, mais encore de les analyser, de leur donner un coefficient de fréquence et de spécifier par là ceux qui sont les éléments essentiels de ce syndrome initial :

Un des symptômes les plus constants est la conscience d'une maladie en évolution. Cette conscience de l'état morbide n'est pas spéciale à l'hébétéphrénie. Mais elle y revêt des caractères assez particuliers : le malade observe et analyse avec beaucoup de minutie les troubles qu'il éprouve. Cette notion est toujours très précise. Voici quelques phrases écrites par mes malades : « Vous dites que j'ai les nerfs malades ; c'est bien plutôt la tête je crois. » — « Je sens très bien que je deviens folle et c'est affreux. » — « Depuis quelque temps, j'aimais la fantaisie et l'on m'aimait pour mon originalité. C'est que déjà je n'étais plus comme les autres. » — « Si tu crois que je ne le sais pas que je



deviens folle ; plus tu me dis le contraire, plus je le crois. » — Ces sujets ont même la prévision de leur future déchéance intellectuelle. Ils parlent de leur internement prochain. Une de nos malades a composé ce qu'elle appelle l' « épitaphe de sa pensée » :

« Ma pensée n'est plus qu'un rêve,  
Une ombre, un néant, une mort.  
Elle n'est plus ; plaignez son sort.  
Hélas ! que sa vie fut brève ! »

Une autre hétérophrénique, ailleurs citée, faisait « ses adieux à son âme ».

Beaucoup de malades essaient de comprendre ou d'expliquer leur mal. L'un consulte des livres de médecine ; l'autre cherche dans un dictionnaire tout ce qui peut avoir trait aux maladies mentales. Ils donnent des explications étranges : « La raison ne peut pas toujours vaincre chez les gens raisonnants, dit l'un ; comme je l'ai souvent pensé, la neurasthénie est une maladie de l'instinct, et l'instinct est tout aussi développé chez l'homme que chez les autres animaux, ainsi que ma maladie m'a mis à même de l'apercevoir. » — « Les névralgies de maman, dit un autre, sont une chose d'évolution dans le genre de ce que j'ai aussi. Je crois que la meilleure explication que j'ai pu donner de mon état, c'est qu'il est le cours naturel de l'évolution, étant donnée la constitution intime de mon organisme. »

On voit que ces sujets donnent à la description de leurs troubles un tour littéraire comme s'ils décrivaient la maladie d'une personne étrangère. Bien qu'ils parlent de « leur sort affreux », de leurs « tourments », il y a là un indice que leur émotivité est déjà réduite. Nous connaissons le cas d'un étudiant, déjà spécialisé en psychiatrie, qui dissertait sur sa maladie et discutait son diagnostic.

Cette conscience de l'état pathologique s'accompagne généralement d'une notion de transformation de la personnalité psychique et physique. Ces malades éprouvent des sensations cénesthésiques étranges qu'ils

peuvent difficilement exprimer, mais qui leur donnent l'impression que leur cerveau et leur corps subissent des changements. Cette notion de transformation peut ne porter que sur le domaine mental, mais s'étend très souvent au domaine organique. Aux sensations d'angoisse immotivée s'associent parfois des sensations euphoriques : « Je me suis senti dans l'espace de quelques minutes devenu très bien, écrit un de mes malades; deux ou trois fois dans l'après-midi j'ai eu des sensations du même genre, qui ne duraient que quelques minutes, mais qui étaient extrêmement agréables; c'étaient des sensations de perfection de vie; il n'y a pas d'autre mot. » Plusieurs de nos malades se regardaient avec une fréquence et une insistance singulières dans les glaces; c'était pour surprendre les transformations de leur visage. Nous avons observé encore la croyance en un changement de sexe. Une des premières anomalies d'une de nos malades avait été de s'affubler d'un costume masculin.

Cette impression de transformation corporelle et mentale s'associe très fréquemment et très rapidement aux idées d'influence. Les malades parlent à peu près exclusivement d'hypnotisation et de suggestion. L'explication reste vraisemblable. Mais ces idées sont vagues, un peu mystérieuses pour le sujet; elles n'aboutissent pas à un système précis. Le malade garde toujours l'impression qu'il y a là quelque chose de purement pathologique. En voici un exemple : « J'en ai des milliers de preuve, dit notre malade : chaque personne émet des fluides qui provoquent chez l'autre personne en face de laquelle elle se trouve des réactions des centres nerveux, émettant des fluides de défense. Pour moi, j'ai de la gêne vis-à-vis de l'être humain, parce que je suis plus accessible à son influence, les fluides de protection qui existent chez toute personne, n'étant pas suffisamment émis par moi. »

Le sentiment d'influence est particulièrement lié chez la plupart des malades à la notion de diminution de leur libre arbitre. Ils insistent sur le fléchissement de leur personnalité et de leur volonté : « Ah ! dit l'un d'eux, si on pouvait fabriquer de l'influx ner-

veux ! » — « Je deviens un automate dit l'autre, c'est effrayant, je vais devenir folle furieuse. » Il n'y a cependant pas à cette phase initiale de phénomènes objectifs d'automatisme ou d'inhibition. Citons seulement un signe précoce d'arrêt, observé dans plusieurs cas ; le malade recommence dix fois et plus une lettre et l'interrompt chaque fois dans l'incapacité de trouver la formule exacte qu'il désire.

Les malades ne se résignent pas à cette défaillance consciente de leur puissance volontaire. Je note chez un grand nombre de mes malades, la préoccupation de « conserver leur volonté » selon leur propre expression. Ils essaient de lutter. Ils emploient à cet effet des moyens bizarres qui montrent combien leur mécanisme cérébral est déjà différent du mécanisme normal. Ces procédés sont physiques ou psychiques. Un de mes malades, qui se regardait fréquemment dans les glaces, explique que c'est pour renforcer sa personnalité par l'éclat de son propre regard. L'entêtement de certains de ces sujets, leur indocilité, leur esprit de contradiction, leurs actes bizarres sont parfois des manifestations voulues. Ce sont des réactions de défense contre l'aboulie, des sortes d'entraînement. Une malade urinait fréquemment au lit ; elle prétendait que ne plus uriner serait faire preuve de soumission. Elle contrariait donc ses parents pour exercer sa volonté. De pareilles explications se rencontrent chez plusieurs malades.

Parmi les symptômes subjectifs les plus constants, il faut encore citer l'anxiété : cette anxiété présente une forme assez spéciale. Dans la plupart des cas, elle ne paraît pas d'origine psychique. Elle n'est pas la conséquence des notions de maladie, d'incurabilité, de déchéance. Elle ne coïncide pas avec un paroxysme de ces sentiments douloureux. Elle survient sans motif. Elle est donc d'origine organique. C'est plus exactement de l'angoisse. Le malade a une sensation de syncope ou de mort prochaine. De plus, cette sensation ne s'accompagne pas toujours de l'état affectif extrêmement pénible qui lui est habituellement lié. Elle n'est pas suivie d'idées tristes. Elle ne préoccupe pas le

malade. Elle ne survient enfin que par intermittences. Voici la description d'un de mes malades : « Voilà plusieurs fois, la nuit, qu'il m'arrive une sorte d'évanouissement. Je disparaissais comme de ce monde pour quelque temps, plusieurs secondes sans doute. Mais la situation est alarmante. Le médecin est un peu ennuyé, même je crois inquiet. Au lieu de résister comme je le faisais inconsciemment les autres fois, je me suis mis à ne plus résister ; je me laissais faire ; j'entrevois ma fin presque avec soulagement. » — « J'ai été encore prêt de perdre connaissance, mais ce qu'il y a de curieux, c'est que cela m'était presque égal. »

La phase primitive de la démence précoce se traduit aussi par des manifestations objectives. Ces manifestations relèvent surtout des modifications du caractère. Il est utile de préciser en quoi elles consistent. On décrit habituellement des malades apathiques et renfermés ; d'autres irritables et excités. Il y a en effet des types différents bien que cette différence soit moins marquée à cette période tout à fait initiale. Mais au-dessus de ces signes inconstants et contingents, existe un symptôme commun qui les domine : c'est la tendance exagérée et d'ailleurs consciente à l'affranchissement, à l'indépendance. Le malade est poussé invinciblement à s'affranchir de toute discipline, de toute contrainte familiale, professionnelle et sociale. De là, le relâchement de la politesse et de la tenue, la négligence professionnelle, le détachement des sentiments collectifs, des sentiments de solidarité, le peu d'intérêt porté aux préoccupations familiales. Il y a bien là une forme atténuée d'autisme par atrophie des sentiments altruistes. Mais cet autisme initial est très différent de celui qui surviendra plus tard. Il est remarquable de constater, à cette période, que la plupart de ces malades, même ceux qui semblent rechercher l'isolement ne mènent pas une vie purement intérieure. On constate chez eux de l'hyperégoïsme ou plutôt de l'exaltation des instincts, qui veulent se satisfaire. Il y a expansion de la personnalité et emprise sur le milieu extérieur. C'est ainsi qu'on note très souvent une diminution paradoxale de la timidité.

Tout ce qui contrarie cette expansion de l'égoïsme et des instincts provoque de vives réactions. De là, dans la famille, l'irritabilité, la révolte contre les réprimandes et les conseils, l'entêtement, l'antipathie. A cette phase, l'affaiblissement de l'affectivité à l'égard des parents est difficile à déceler ; les malades écrivent des lettres affectueuses, font des manifestations de tendresse. Pour révéler le trouble affectif initial, il faut provoquer une contrariété qui déterminera l'hostilité momentanée. Il n'existe, si je puis dire, qu'à l'état dynamique. Il ne faut pas poser au malade la question banale : « Aimez-vous vos parents ? » ; mais l'interroger sous cette forme spéciale : « Est-ce que vos parents ne vous empêchent pas d'agir à votre guise ? Est-ce qu'ils ne sont pas une gêne pour vous ? »

En dehors du milieu familial, ce besoin d'indépendance, associé à la libération des instincts, se traduit par des excentricités diverses, des fantaisies étranges et des actes immoraux. La perturbation du sens moral est presque de règle. Cette immoralité contraste avec le comportement antérieur du sujet, avec son caractère, son éducation, son milieu : une jeune fille, jusque-là irréprochable, se met à fréquenter des bals de bas étage. Un jeune homme, strictement élevé, passe toutes ses nuits dans des bars et fait des excès de boisson. Un autre se prend de la passion du jeu.

Lorsque ces tendances sont de type nettement pervers et lorsque le désir de tout affranchissement s'exagère, des heurts nombreux avec le milieu social se produisent alors. C'est le début de cette période que MM. Antheaume et Mignot ont décrite sous le nom de « période médico-légale de la démence précoce ». Comme le font remarquer ces auteurs, d'une manière générale, en pathologie mentale les troubles intellectuels précèdent les troubles des facultés morales ; cette formule est inversée dans la démence précoce. Ces conflits sociaux se rencontrent fréquemment. Sur 64 déments précoces, observés par Pigheni, 56 avaient été traduits en justice pour délits ou crimes divers. J'ai retrouvé ces perturbations du sens moral dans plus de la moitié des cas.

Il est difficile de pénétrer dans le psychisme intime de ces malades. Mais il semble bien que, dans beaucoup de cas, cette tendance à l'affranchissement est partiellement intentionnelle et que le caractère amoral des actes n'échappe pas entièrement au sujet. Il y a peut-être dans certaines de ces manifestations bizarres, une sorte de réaction de défense, comme nous l'avons dit plus haut, contre la défaillance consciente de la volonté et de l'affectivité.

C'est l'exaltation de l'instinct sexuel qui est la plus intense et la plus commune. Il n'y a là rien de surprenant en raison de l'âge, auquel apparaît habituellement la psychose. Cependant cette exagération présente des traits assez particuliers et se traduit surtout par l'excentricité des manifestations sexuelles. Je ne fais que signaler les perversions bien connues : la masturbation, extrêmement fréquente, l'homosexualité, s'accompagnant parfois de la croyance réelle en un changement de sexe. Ce qu'on trouve le plus souvent, c'est une histoire sentimentale ou amoureuse bizarre, compliquée, fertile en incidents. Les parents du malade attribuent en général une grande importance à ce fait, prenant pour une cause ce qui n'est qu'un effet initial de la maladie. Ici encore, le sujet ne reste pas dans les limites de la réserve amoureuse. Sa passion est agissante, fougueuse même ; elle accapare son esprit ; elle exige des satisfactions immédiates. Souvent le choix du malade est absolument déconcertante ; il ne tient compte ni de l'âge, ni des qualités physiques ou intellectuelles, ni de la condition sociale. Des jeunes filles de bonne famille s'éprennent d'apaches. Une de nos malades tombe amoureuse d'un romanichel et le suit dans sa roulotte. Un autre déjà marié, quitte sa famille dans des conditions analogues et s'engage dans une troupe de comédiens ambulants. Une autre épouse brusquement un étranger dont elle ignore la langue et qui lui-même ne connaît pas le français.

Les passions intrafamiliales ne sont pas rares, telles l'amour du jeune homme pour la mère ou la sœur ; l'amour de la jeune fille pour le père ou le frère. Un des premiers symptômes d'une de mes malades a consisté

dans les propos indécents tenus devant son père, suivis bientôt de propositions sexuelles directes. Ces complexes d'Oedipe sont-ils une confirmation des doctrines psychanalytiques ? Je m'arrêterai plutôt à une autre explication : le malade, dont le sens moral est en défaut, localise son instinct sur la personne du sexe opposé qui lui est le plus facilement accessible, qu'il rencontre dans son entourage habituel. C'est pour la même raison que le sujet s'adresse à son professeur, à son chef, aux amis de la famille, au confesseur même. Une de mes malades religieuse cloîtrée tenait des discours amoureux, au grand scandale de sa communauté, au seul représentant du sexe masculin qu'elle pouvait approcher : l'aumônier du couvent.

Le choix de l'objet aimé est souvent déterminé par des raisons futilles : une malade s'éprend d'un jeune homme parce qu'il porte un mouchoir de la même couleur que sa robe ; elle en déduit d'ailleurs que c'est là le signe d'un amour partagé. Ces passions, si fougueuses au début, ne sont d'ailleurs que feux de paille ; elles finissent rapidement dans l'indifférence et l'on s'aperçoit alors de la faiblesse de leur coefficient affectif. Une malade de Mlle Pascal écrit à son fiancé, quelques jours avant le mariage : « Je ne peux pas vous épouser, parce que vous ne savez pas jouer du piano. »

Au cours de ces périodes d'excitation sexuelle, il n'est pas rare de voir des déments précoces contracter la syphilis.

Les familles des malades se rendent souvent compte de cette exaltation érotique, d'ailleurs cyniquement avouée ; et, imbus de l'opinion que le défaut de satisfaction sexuelle est une cause de troubles mentaux, elles s'ingénient à l'apaiser. Je possède dans mes observations une série d'histoires scabreuses, difficiles à rapporter ; parmi celles-ci, quelques-unes même ont trait à des faits d'inceste, provoqués par les parents.

A cette exaltation des instincts qui provoquent des conflits sociaux, il faut opposer la diminution de l'instinct proprement dit de conservation. Les idées de suicide sont fréquentes chez ces malades. Il y a là un intéressant paradoxalisme. Ces idées de suicide ne

sont généralement pas en rapport avec les idées, d'incubabilité, de folie prochaine que présentent ces sujets ; elles ne coïncident pas avec ces accès d'angoisse, plus haut décrits ; elles ne s'accompagnent pas d'un état émotionnel bien intense. C'est pourquoi les tentatives de suicide sont fréquemment imprévisibles. La mort n'effraie pas ces malades ; ils l'envisagent froidement, parfois avec un certain plaisir. On dirait qu'ils sont poussés par une sorte de fatalisme naturel et que, dans leur esprit, la mort physique doit être une conséquence de la mort psychique dont ils ont une préscience si nette. Ces idées de suicide alternent d'ailleurs avec les phases d'excitation instinctives. Ces derniers représentent les périodes de défense, de lutte contre la mort de la pensée ; les idées de suicide répondent à des périodes de résignation. Il faut noter encore que les tentatives ont un caractère spécial d'originalité et de naïveté. Souvent ces malades avertissent leur entourage de leur décision. Ils emploient parfois des procédés incapables de provoquer la mort ; des incisions superficielles par exemple, des mutilations partielles des organes génitaux. Les tentatives par ingestion sont fréquentes : ingestion de cuillers, d'épingles, d'allumettes, de liquides variés.

Nous avons retenu enfin un dernier symptôme, presque constant de cette période initiale : c'est le goût très prononcé qu'ont ces malades pour les idées abstraites. Peut-être y sont-ils conduits par les sensations cérébrales étranges, qu'ils éprouvent et qu'ils ne savent exprimer. Ils montrent un attrait réel pour les questions psychologiques ou métaphysiques ; certains versent dans le mysticisme. Une de nos malades, tout au début de sa psychose, écrit à son fiancé surpris une lettre, ne contenant pas un mot affectueux, mais toute empreinte de mysticisme. Cette attirance se rencontre même chez des sujets peu cultivés. D'autres s'intéressent aussi à la physiologie, à la médecine et notamment à la médecine mentale : « Je voulais connaître les fous, écrit un de mes malades ; je me penchais sur eux ; je voulais les comprendre et je vais devenir comme eux. » — « Jamais, écrit un autre, je n'ai autant aimé



le petit manuel de physiologie que j'ai emporté ; je couvre de notes personnelles les petits carnets que vous m'avez donnés. » Ces malades bâtissent même des théories cocasses. L'un d'eux a édifié une théorie mathématique de la génération ; il déduit ces calculs de la vitesse des astres et de la force nerveuse de l'homme ; il prévoit aussi le sexe ; il a calculé que tous les 105 ans devait naître un surhomme. Lorsqu'on discute avec ces malades, on s'aperçoit que ces conceptions sont vagues, brumeuses, superficielles. Ils sont incapables de répondre à des objections. Le langage de ces malades se ressent de ce goût de l'abstraction et de l'imprécision. Il est souvent symbolique. Il contient des expressions recherchées, sentencieuses, ayant la prétention de revêtir des idées générales. Ce symptôme qui précède le maniérisme moteur est, en quelque sorte, une forme de maniérisme psychique.

Tels sont les éléments qui nous ont paru constituer ce syndrome tout à fait initial de la démence précoce. Nous les rappellerons d'un mot : conscience précise de l'état morbide, section de transformation de la personnalité, idées d'influence, accès d'anxiété, tendance à l'affranchissement de toute contrainte, exaltation des instincts et surtout de l'instinct sexuel, idées et tentatives de suicide, goût de la pensée et du langage abstraits. Chacun de ces symptômes revêt un caractère tout spécial de bizarrerie. Mais ce qui est surtout important pour établir un diagnostic de démence précoce, c'est la réunion de ces symptômes en un groupe cohérent. Il y a sans doute, dans ce tableau, des fragments d'autres syndromes mentaux ; mais c'est précisément cette association parfois paradoxale d'éléments polymorphes qui est assez caractéristique.

Le syndrome qui vient d'être décrit peut donc entraîner dans un grand nombre de cas le diagnostic de démence précoce. Mais la prévision d'une évolution chronique et démentielle doit-elle forcément s'en suivre ? Il semble au contraire que pronostic et diagnostic ne sont pas dans le cas fatalement liés. Le diagnostic de démence précoce initiale ne doit pas, à ce stade,

entraîner un pronostic irrémédiable de démence ou même d'affaiblissement psychique, plus ou moins prononcé.

Je citerai, à ce sujet, un intéressant exemple :

Une jeune fille de 23 ans, bien élevée, jusque-là posée et réservée, change progressivement de caractère : elle devient exagérément coquette, fait des manières, travaille très irrégulièrement, sort, contrairement à ses habitudes, sans prévenir ses parents. Son père apprend un jour, avec stupeur, qu'elle a un amant et que cet individu est de moralité tout à fait douteuse. Elle s'irrite des reproches paternels et déclare qu'elle veut épouser son ami. Elle tient des propos bizarres, mélange d'érotisme et de mysticisme. Elle est commise dans un grand magasin de fourrures. On s'aperçoit bientôt qu'elle vole dans la caisse. Elle reconnaît sans honte qu'elle a pris un millier de francs. Elle fait même part de son indélicatesse à ses parents qui restituent aussitôt la somme volée. Elle raconte qu'elle a donné cet argent à son ami et que, d'ailleurs, celui-ci lui fait exécuter ce qu'il veut, car il l'hypnotise. Le père a une altercation avec l'amant ; il est légèrement blessé par ce dernier. La fille s'en émeut insuffisamment. Peu à peu l'état mental s'aggrave. On constate une allure de plus en plus maniérée, théâtrale, des rires immotivés ; des propos contradictoires. Elle dit sans grande émotion qu'elle devient folle et qu'on va l'enfermer.

J'avais vu cette jeune fille à son domicile ; j'avais porté le pronostic le plus réservé, croyant bien qu'il s'agissait d'une démence précoce en évolution, et j'avais déjà indiqué la nécessité d'un internement prochain. Or, brusquement, une nuit, sans que rien dans son humeur de la veille eût pû le laisser prévoir, elle se lève, va chercher le rasoir de son père et se fait une longue entaille à la nuque.

Le premier pansement fut sans doute fait dans des conditions peu aseptiques, car peu de jours après se développait un phlegmon. L'état général est devenu très alarmant. Cependant l'amélioration est survenue et lorsque l'état physique est redevenu normal, les trou-

bles psychiques s'étaient dissipés. Cette malade, que j'ai revue, est actuellement, ce qu'elle était avant sa maladie mentale.

Cette observation me permet de terminer cette étude sur une note optimiste. Il est permis d'espérer qu'un jour, grâce à la connaissance des symptômes initiaux de l'hébéphrénocatatonie, on pourra constituer une thérapeutique active et précoce de cette maladie, qui passe par une phase subaiguë et dans laquelle interviennent dans bien des cas, des causes toxi-infectieuses.

### DISCUSSION

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Le travail du D<sup>r</sup> Abély n'est pas à proprement parler une communication, mais une sorte de revue générale d'un sujet des plus intéressants. Je le félicite tout particulièrement de l'avoir envisagé sous un aspect exclusivement clinique en laissant de côté des théories trop systématisées. Je regrette cependant que les indications données ne permettent pas de faire un pronostic certain. En somme, la question reste ouverte.

M. ROUBINOVITCH. — La communication de M. Abély est intéressante parce qu'elle attire l'attention une fois de plus sur l'importance du diagnostic précoce des signes liminaires de la démence hébéphrénocatatonique au point de vue du pronostic et du traitement de cette affection mentale. A cet égard, la dernière observation citée par M. Abély paraît assez probante. Il semble que la jeune malade atteinte de démence précoce, à ses débuts, était sous le coup d'une septicémie latente passée inaperçue, et que le phlegmon provoqué par la tentative de suicide par blessure de la peau du cou a déterminé, sans doute par la suppuration consécutive au phlegmon, la disparition rapide des troubles psychiques. L'observation en question peut justifier le traitement des formes initiales de la démence précoce par un abcès térébenthiné.

M. TRÉNEL. — Je m'associe aux félicitations du D<sup>r</sup> Laignel-Lavāstine, relativement à la manière purement clinique dont le D<sup>r</sup> Abély a traité ce sujet, laissant de côté des considérations psychologiques trop souvent examinées ces temps-ci. Je pense néanmoins qu'il ne faut pas ajouter trop d'importance à certains des symptômes envisagés, que l'on peut retrouver même chez des normaux.

M. LEROY. — M. Abély nous a parfaitement décrit les changements psychiques préliminaires de la démence précoce. Je crois que, souvent, l'affaiblissement intellectuel se révèle dès le début par des idées, des attitudes, des actes bizarres, mal adaptés ou incohérents, faisant déjà prévoir la gravité de l'affection mentale. Une jeune femme est reconnue démente précoce, quelques semaines après son mariage, dans les circonstances suivantes : Conduite par son mari dans un grand dîner donné par la famille, cette petite bourgeoise de bonne éducation prend, dans le plat, des aliments avec ses doigts pour les mettre dans son assiette. Stupéfaction du mari, examen médical et internement. La déchéance psychique avait été, dans ce cas, extrêmement rapide comme évolution, ainsi que cela se voit chez les paralytiques généraux.

Relativement aux histoires sentimentales bizarres des déments précoces, je rappellerai ici une jeune hébéphrénique de mon service qui est tombée malade dès l'âge de quinze ans, après un amour fou pour son professeur de musique, âgé de plus de quarante ans, et qui a eu de ce fait un enfant.

## Les rapports de la morphologie humaine avec les types psychopathiques

Par F.-I. WERTHEIMER

*Henry Phipps Psychiatric Clinic,  
Fohus Hopkins Hospital, Baltimore Md.*

M. WERTHEIMER. — C'est pour moi un grand honneur de pouvoir prendre la parole devant votre Société, illustrée par une longue tradition, pour vous exposer quelques recherches relatives au rapport entre la constitution morphologique et certaines maladies mentales, que j'ai entreprises en collaboration avec Mlle Florence Hesketh, à la clinique du professeur Adolf Meyer, à Baltimore.

La question des rapports existant entre la morphologie externe du corps humain et les fonctions psychiques a occupé de tous temps l'esprit humain. La croyance à un rapport étroit entre les deux se manifeste à chaque époque de l'histoire. Ce ne sont que les formules qui ont changé aux diverses époques, d'après les conceptions philosophiques sur les rapports entre l'âme et le corps. Pour montrer la relation étroite que le simple bon sens populaire établit entre l'aspect physique général et le tempérament, nous rappellerons seulement qu'il ne viendrait à l'esprit de personne de confondre des personnages dramatiques, tels que *Hamlet* et le *Bourgeois Gentilhomme*, ou *Méphisto* et *Faust*. Nous voulons dire par là qu'il nous est impossible de nous représenter *Hamlet* avec l'aspect extérieur du *Bourgeois Gentilhomme*. Dans la littérature médicale, ces rapports ont été décrits depuis Galien jusqu'au XIX<sup>e</sup> siècle dans la théorie des « tempéraments ». Ce qui distingue essentiellement ces théories en grande partie spéculatives et ce qui aujourd'hui ne nous paraît plus en grande partie utilisable, est la confusion faite entre les propriétés morphologiques, physiologiques et psychologiques.

Je ne rappellerais pas ici l'étymologie des mots hypochondriaque et phlegmatique. Il est intéressant de noter au point de vue de l'histoire de l'anthropologie que Linné, qui a été le premier à classer l'homme dans son système de la nature, a pris comme principales caractéristiques des quatre races qu'il décrit un mélange comprenant la couleur de la peau, la structure du corps, l'attitude et le tempérament. Quoique nous devions et pouvions concevoir l'organisme du point de vue biologique comme une unité, la délimitation méthodique étroite des données morphologiques, physiologiques et psychologiques nous paraît désirable pour l'étude scientifique de la constitution humaine. Nous connaissons peu de choses de l'explication physiologique de la morphologie des types normaux ; l'endocrinologie, en effet, ne nous a encore donné peu de faits sûrs en ce qui concerne les proportions anthropométriques des types morphologiques normaux.

Des classifications des types morphologiques ont été entreprises très souvent depuis le début du XIX<sup>e</sup> siècle, probablement pour la première fois grâce à l'intuition géniale des auteurs français, Hallé, à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, et de Rostan, le chef de l'école organiciste de Paris, au commencement du XIX<sup>e</sup> siècle. Ensuite, l'Italien de Giovanni, qui voulait faire usage de la morphologie dans la médecine clinique de façon excessive, a eu le mérite de créer des types morphologiques en s'appuyant sur des mesures anthropométriques exactes. En ce qui concerne les études qui ont été entreprises ensuite sur les types morphologiques, je rappellerais seulement, à titre d'exemple, les travaux du célèbre anthropologiste Manouvrier, les travaux de Viola, élève de de Giovanni et les brillantes recherches du radiologue américain Mills (1917).

En psychiatrie, la considération de la forme extérieure a acquis une grande importance depuis que nous avons appris de Morel que le facteur constitutionnel joue un si grand rôle dans les maladies mentales. Sous l'influence de Morel furent particulièrement étudiés les signes morphologiques dont on supposait

qu'ils permettaient une différenciation du normal de l'anormal, c'est-à-dire les stigmates héréditaires. Nous devons cependant faire observer qu'Esquirol, le père de la psychiatrie scientifique, a fait des études statistiques sur l'aspect extérieur de ses malades. Nous signalerons particulièrement l'observation suivante, que nos propres recherches ont confirmée : il a remarqué que les malades qui ont une constitution robuste (« tempérament sanguin ») sont particulièrement sujets aux affections aiguës, tandis que les malades au « tempérament lymphatique » sont sujets aux affections plus chroniques et évoluent plus facilement vers la démence. Les rapports entre les types morphologiques et les maladies mentales constitutionnelles ont été étudiés de façon systématique pour la première fois par le psychiatre allemand Kretschmer. Nous avons pris comme principe de nos recherches les descriptions de Kretschmer, qui correspondent de façon approximative à celles de Gioyanni, Sigaud et surtout celles de Mills. Nous préférons les descriptions de Kretschmer à celles de Sigaud et de ses élèves, parce que celles-ci ont un point de départ qui nous paraît erroné. En effet, cet auteur ne considère que des systèmes isolés, musculaire, digestif, respiratoire ou nerveux, dont la prédominance, d'après lui, caractérise l'individu tout entier. Kretschmer distingue quatre types morphologiques :

Premièrement : le *type pynique*, du grec πυκνός (dense, ramassé), caractérisé par un aspect trapu et large, avec des membres relativement courts et avec une tendance à l'obésité. On peut s'en faire une idée en rappelant le type du bourgeois tel que les caricaturistes français l'ont popularisé sous le règne de Louis Philippe.

Deuxièmement : le *type athlétique*, caractérisé par un développement considérable, particulièrement de l'appareil locomoteur, au thorax et épaules larges et aux muscles proéminents.

Troisièmement : le *type asthénique*, terme qui signifie ici seulement une qualité morphologique et non clinique, c'est-à-dire un petit volume du tronc,

avec une longueur des membres relativement considérable.

Quatrièmement : les *types dysplastiques*, qui sont caractérisés par des hypoplasies générales ou locales et par des disproportions différentes, par exemple le type eunuchoïde.

Kretschmer a trouvé une prépondérance des types pycniques chez les malades atteints de psychose maniaque dépressive ou cyclothymie, et une prépondérance des types athlétiques, asthéniques et dysplastiques chez les schizophrènes. Je regrette de ne pas avoir sous la main mes photographies, j'en aurais fait avec plaisir la projection devant vous ; malheureusement, je ne pensais pas avoir l'honneur de prendre la parole ici.

Nous avons examiné dans le service du professeur Adolf Meyer, à Baltimore, 65 sujets au hasard des admissions. Nous avons rendu nos observations plus objectives en les illustrant par des schémas indiquant les détails typiques.

Nous avons également fait des mesures anthropométriques. Les mesures que Kretschmer a entreprises seulement comme un supplément de ses observations cliniques sont insuffisantes du point de vue anthropologique, surtout parce qu'il a pris seulement des mesures absolues. Nous avons pris 53 mesures différentes et calculé 37 indices, c'est-à-dire, les rapports existant entre diverses mesures absolues. Nous avons trouvé que les indices usuellement employés ne sont pas utilisables en psychiatrie. C'est le cas de l'index de robusticité de Pignet, qui comprend le poids si variable au cours des maladies mentales.

En prenant comme point de départ les études morphologiques de l'école italienne (De Giovanni, Viola), nous avons établi un index qui comprend le rapport entre le volume du tronc et la longueur des membres. On peut le symboliser de la façon suivante :

$$\text{Index} = \frac{\text{longueur de la jambe} \times 103}{\text{diamètre transverse de la poitrine} \times \text{diamètre sagittal de la poitrine} \times \text{hauteur du tronc}} \times 100$$



Nous n'insisterons pas sur la technique pour ne pas allonger cette communication. Nous avons trouvé une correspondance remarquable entre les types d'observation et l'élévation de la valeur de l'index de façon que les types sveltes ont des valeurs d'index élevées, tandis que les types trapus ont des valeurs d'index basses. Les types moins différenciés ont des valeurs d'index intermédiaires. Il nous semble alors qu'il n'y a pas de types morphologiques au sens strict du terme, mais seulement des transitions dont les extrêmes nous donnent l'impression de « types », conception qu'il faut bien distinguer du principe de Sigaud et de ses élèves qui classifient les types morphologiques d'après la prédominance d'un appareil. Voici comment nous avons procédé. Sur des feuilles séparées nous avons noté les données d'observation simple comme Kretschmer l'a pratiquée, c'est-à-dire les résultats de la simple observation visuelle de l'individu. Sur une autre feuille nous avons relevé les données anthropométriques. Enfin, sur une troisième feuille, nous avons relevé les résultats de l'examen psychiatrique (diagnostic et évolution de la maladie). Nous avons ensuite rapproché ces données pour voir quelles corrélations pouvaient exister entre elles. Parmi les malades qui ont un index élevé les psychoses schizophréniques prédominent sur les psychoses à type maniaque dépressif. Chez les malades qui ont un index bas (pynique et pycnoïde, terme que nous adoptons pour caractériser des individus qui ont des traits pyniques sans être franchement pyniques) le type maniaque dépressif prédomine. La numération exacte ne peut être établie encore en raison de l'influence de l'âge et de la croissance. Nos résultats montrent que les types morphologiques ne sont pas aussi fixes que l'avait cru Sigaud. En effet, il semble qu'ils peuvent se modifier avec l'âge. Néanmoins, nous devons attirer l'attention sur ce fait que les types extrêmes ne nous paraissent pas pouvoir être modifiés au cours de l'existence.

Kretschmer avait remarqué que chez les dysplastiques on trouve souvent des anomalies de la distribu-

tion du système pileux. Des 12 dysplastiques que nous avons trouvé dans notre série de malades, 11 avaient une distribution féminine des poils du pubis. Nous avons représenté nos observations sous la forme d'un diagramme qui montre la prédominance des types dysplastiques chez les schizophréniques. Le douzième malade dysplastique qui avait des disproportions morphologiques bien marquées, était aussi atteint de schizophrénie.

En essayant de vous montrer qu'il est possible, par une voie purement inductive, d'établir des rapports entre la structure générale du corps et les maladies mentales, je suis bien persuadé que la valeur pratique de ces constatations est encore très faible. Pour le diagnostic et le pronostic je crois qu'il est prématuré de considérer la structure corporelle en particulier parce que l'influence de l'âge sur la modification du type morphologique n'est pas encore complètement élucidée. Cependant, il me semble qu'on peut faire usage avec précaution des traits dysplastiques pour le diagnostic différentiel de la schizophrénie. Mais de nombreuses études sont encore nécessaires pour jeter plus de clarté sur ce genre d'études qui en est encore à ses débuts.

### DISCUSSIONS

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — J'ai été très heureux d'entendre l'intéressante communication de M. Wertheimer, car il a traité un sujet dont je m'occupe depuis plusieurs années ; aussi je lui demanderai la permission de signaler dans son travail une omission qui m'a étonné. Il n'a pas parlé des sécrétions internes dans le déterminisme des constitutions, des tempéraments et des caractères. Or, c'est un point sur lequel j'ai commencé d'attirer l'attention, en 1908, dans mon rapport au Congrès des aliénistes et neurologistes à Dijon.

Dans ce rapport sur les troubles psychiques par perturbation des sécrétions internes j'ai ébauché la conception des tempéraments liés à des modalités de

certaines sécrétions internes, et, particulièrement, j'ai décrit les tempéraments hyperthyroïdiens et hypothyroïdiens, j'ai indiqué aussi leurs relations avec certaines variétés de caractères.

En 1914, dans mon rapport sur les *relations des sécrétions internes et du système nerveux* qui devait être présenté au Congrès de Berne, en septembre, et qui parut dans la *Revue de Médecine* (1914-1915), je montrais la possibilité de l'*endocrinodiagnostic des tempéraments*.

Je crois, en effet, que les sécrétions internes jouent un rôle important, d'une part, dans la morphologie des individus, et, d'autre part, dans le déterminisme des caractères. Classiquement on considère que le tempérament dérive de la constitution, et que le caractère est lié au tempérament. Je crois qu'il serait plus exact de dire que la constitution comme le caractère dérivent du tempérament.

En effet, de même qu'en cristographie l'on sait que la disposition d'une facette asymétrique des cristaux d'acide tartrique est liée à l'architecture chimique qui fait dévier à droite ou à gauche la lumière polarisée, de même en biologie on peut remarquer une variation de structure consécutive à des modifications du milieu chimique de l'être vivant.

Les feuilles de la même espèce d'arbre sont, par exemple, différentes selon les climats et ces différences paraissent fonction des conditions physiques et chimiques déterminant l'équilibre de leurs atomes et de leurs molécules constitutionnels.

Je crois donc à la nécessité de commencer l'étude du coefficient réactionnel individuel par ses caractéristiques physiologiques, c'est-à-dire par les tempéraments et de considérer que la construction et le caractère sont en quelque sorte les deux branches du même tronc.

On conçoit alors que la constitution étant l'expression morphologique et le caractère l'expression psychologique de la constitution physico-chimique de l'être, on ne puisse pas établir de rapports constants entre telle constitution et tel caractère, et, en effet,

M. Wertheimer nous a dit que Kretschmer considérait que les périodiques étaient, en général, des picniques, c'est-à-dire que les individus atteints de psychique périodique étaient, en général, petits et trapus.

Or, immédiatement, dans sa mémoire se sont levés des souvenirs d'un grand nombre de mes clients et clientes atteints de mélancolie intermittente et qui étaient loin de ce type morphologique.

Les remarques de M. Wertheimer sont importantes parce qu'elles amorcent, en y apportant des précisions mathématiques, une question, dont l'étude remonte à la plus haute antiquité, et est à la base de toutes les tentatives plus ou moins ésotériques du diagnostic des caractères par l'examen extérieur du corps ; mais les facteurs, qui doivent entrer en ligne de compte dans le déterminisme des tempéraments et des caractères, sont tellement nombreux et leurs relations réciproques sont si complexes qu'il faut se méfier de tirer des indications hâtives des simples comparaisons de deux séries de constatations morphologiques et psychologiques faites chez les mêmes individus.

Dans mes leçons de la Pitié, du semestre d'hiver 1925, où j'ai abordé cette partie de la *biologie différentielle*, j'ai essayé d'indiquer les grandes lignes de cette nouvelle étude des caractères ; je suis heureux de voir que M. Wertheimer poursuit des recherches analogues et qu'il nous apporte aujourd'hui des documents précieux en raison de leur nombre et de leur précision.

M. WERTHEIMER. — Les rapports des types psychopathiques avec les modifications du système endocrinien ne sont pas encore sûrs.

## Méningite de type tuberculeux guérie à la suite d'un abcès de fixation

Par M. REVAULT D'ALLONNES

Les discussions en cours sur l'abcès de fixation dans les états méningés et encéphalitiques prêtent un intérêt d'actualité à un cas qu'il m'a été donné d'observer avec le D<sup>r</sup> Camus.

Ce cas peut se résumer comme suit : garçon de 12 ans 1/2 ; méningite de type tuberculeux ; aucune amélioration par les médications employées ; coma ; état désespéré ; abcès de fixation par injection hypodermique de 2 cm<sup>3</sup> d'essence de térébenthine ; disparition progressive des symptômes ; guérison, maintenue depuis bientôt trois ans.

Cet enfant était et reste un débile, peu intelligent, peu affectueux ; il a existé de nombreux cas de tuberculose et de méningite tuberculeuse dans la ligne paternelle.

17 sept. 1923. — Observation du D<sup>r</sup> Subercaze (lettre au dossier) : « Phénomènes méningés survenus très brusquement chez un névropathe. »

20 sept. 1923. — D<sup>r</sup> P. Camus (lettre au dossier) : « Etat méningé. »

20 sept 1923. — Admission à la maison de santé. Symptômes à l'entrée : raideur de la nuque, céphalée droite ; hémiplegie g. ; pouls 48 ; fort strabisme divergent ; vomissements ; excitation, bavardage ; éréthisme olfactif, photophobie, phonophobie ; Kernig + bilatéral ; Babinski + bilatéral.

Injection intrarachide de sérum antiméningo, 10 cm<sup>3</sup>.

P. L. — L. C. R. : albumine, 0,30 par l.  
leucocytes.

rare diplocoques.

21 sept. — Expulsion d'un lombric,

22 sept. — P. L. : pas d'examen du L. C. R. ; injection intrarachid. de sérum antiméningo, 10 cm<sup>3</sup>.

23 sept. — Symptômes stationnaires. Déviation de la langue. Agitation, délire.

24 sept. — P. L., inject. intrarachid., sér. antimén., 10 cm<sup>3</sup>.

L. C. R. : Benjoin : type tuberculeux ;  
 Leucocytes, 146,2 par mm<sup>3</sup>.  
 Albumine, 0,40 par l.  
 Bac. Koch = 0.  
 Diplocoques = 0.

Augmentation des symptômes, déviation de la langue, subcoma, intolérance gastrique totale. Délire intense avec agitation.

25 sept. — Coma. Pouls = 45.

26 sept. — Coma. Position en chien de fusil.

27 sept. — Réveils momentanés. Céphalée violente. Vomissements. Pouls 45-48.

28 sept. — Coma. Opisthotonos. — Le D<sup>r</sup> P. Camus déclare que l'état est désespéré. — Cependant, nous nous mettons d'accord pour faire l'essai d'un abcès de fixation.

29 sept. — Au matin, injection hypod. à la cuisse de 2 cm<sup>3</sup> d'Essence de Térébenthine vieille.

30 sept. — L'abcès se forme. Disparition de la céphalée et du coma. Pouls 78,  $\phi$  = 39°. — Tolérance alimentaire, cessation des vomissements. Agitation. Cris par la douleur de la cuisse.

1<sup>er</sup> oct. — Même situation.

2 oct. —  $\phi$  = le s. 39°3. Epistaxis. Nuque moins raide. Diminution générale de l'hypertonus, diminution de l'opisthotonos, du Kernig, du Babinski ; diminution du strabisme, de la déviation de la langue.

3 oct. — Amélioration. L'abcès fluctue, mais la peau ne risque pas de s'ulcérer ; j'ajourne l'incision.

4 oct. —  $\phi$  = 39 ; pouls, 78. Disparition des raideurs musculaires. Kernig faible. Babinski bilatéral très léger. Etat général bon. Pas d'agitation, pas de délire, état intellectuel lucide et calme.

5 oct. — Etat excellent. Disparition du signe de Kernig. Il reste une ébauche de Babinski à g. Pas de Babinski à dr.

6 oct. — Incision : 1/2 l. de pus.

7 oct. — 1/4 de l. de pus. — Disparition de tous les symptômes.

8 oct. — Il ne s'écoule plus de pus. Etat excellent.

Le D<sup>r</sup> P. Camus, appelé, est revenu voir son malade entre le 5 et le 8. Il a constaté la guérison.

Le malade est revenu, guéri, plusieurs mois après, nous remercier.

Actuellement, fin juin 1926, la guérison se maintient. La mère est venue m'en donner ces jours derniers l'assurance. L'enfant est à la campagne ; son état physique et mental sont tels qu'ils étaient avant la maladie de 1923 : débilité, instabilité, incapacité de suivre des études régulières ; pas de perversions instinctives ; strabisme léger, antérieur aux accidents de 1923, ainsi qu'il apparaît sur des photographies prises à l'âge de 3 ans.

Ce jeune garçon, atteint d'une méningite de type tuberculeux, a guéri, je dis *à la suite* d'un abcès de fixation, je ne dis pas *par* un abcès de fixation.

Messieurs, pourriez-vous nous dire, pour orienter le problème du rattachement :

1° Si lorsque l'abcès a réussi il vous est arrivé de voir se produire l'issue fatale ;

2° Si lorsque l'abcès ne se forme pas il vous est arrivé de voir la maladie se terminer par la guérison.

#### DISCUSSION

M. ANGLADE. — Je ne me rends pas bien compte des raisons pour lesquelles M. Revault d'Allonnes a porté le diagnostic de méningite tuberculeuse. L'examen du liquide céphalo-rachidien n'a décelé ni la lymphocytose très marquée constante dans la tuberculose, ni la présence de bacilles. En somme, ce liquide ne présentait aucun des caractères que l'on trouve au cours de la

méningite tuberculeuse. Ne s'agissait-il pas tout simplement de méningisme ?

M. ROUBINOVITCH. — Le cas cité par M. Revault d'Allonnes est fort intéressant : Il s'agit certainement d'une septicémie dont l'agent pathogène peut rester douteux (virus filtrant peut-être). Ce qui paraît évident, c'est la guérison provoquée par l'abcès de fixation. Cette guérison est-elle due à une simple action à la manière d'un exutoire ou d'émonctoire ? Je croirais plutôt à une action leucocythogène abondante provoquée par l'abcès térébenthiné.

Je rappelle à ce propos la discussion soulevée au sujet de l'abcès de fixation à la Société Médicale des Hôpitaux. J'estime que les attaques dont il a été l'objet sont imméritées. Je voudrais savoir pourquoi le Dr Revault d'Allonnes a cru devoir injecter deux centimètres cubes. Pareille quantité semble inutile et l'on se contente ordinairement d'un centimètre cube au maximum. J'ai observé à la maison de santé de Neuilly une malade qui eut une série de crises semblant relever de la démence précoce et chez laquelle un abcès de fixation amenait la cessation de la crise dans la huitaine, même sans qu'il se produisît de suppuration. Ce serait donc bien là un procédé de traitement et il y aurait lieu d'admettre que la malade de M. Revault d'Allonnes a été guérie par son abcès.

M. REVAULT D'ALLONNES. — J'ai connu un enfant de cinq ans présentant des troubles pour lesquels avait été porté le diagnostic de méningite tuberculeuse. Un médecin de quartier avait pratiqué une injection de 5 centimètres cubes de térébenthine. Il se produisit un très large abcès avec décollement étendu, mais la guérison fut obtenue. C'est par analogie avec ce cas que j'ai injecté deux centimètres cubes.

J'ai observé un cas d'encéphalite traité par le salicylate de soude intraveineux et arrivé jusqu'au coma. Une injection de deux centimètres cubes de térébenthine fut pratiquée à ce moment. L'incision faite deux jours après ne donne pas de pus ; celui-ci apparut



deux jours plus tard et l'abcès évolua en huit jours. La malade n'est pas morte, mais elle n'a pas recouvré la raison.

Quant au diagnostic : « Méningite de type tuberculeux », j'ai tenu à l'accepter dans les termes mêmes où il fut formulé par le D<sup>r</sup> Hallion, d'après ses examens de laboratoire. Quoi qu'il en soit sur ce point, il m'est pas douteux, qu'il s'agit d'une méningo-encéphalite grave, et même, selon toutes les apparences, mortelle : le petit malade était dans le coma ; cinq médecins, dont le D<sup>r</sup> Paul Camus, considéraient l'état comme entièrement désespéré. C'est alors qu'un abcès de fixation a été tenté, a réussi en tant qu'abcès et qu'une guérison rapide de la méningo-encéphalite est survenue contre toute attente. Voilà le fait. Il est à rapprocher des guérisons de septicémies, par exemple puerpérales, survenues à la suite d'abcès de fixation. Je répète qu'il serait intéressant de savoir, non d'après des souvenirs plus ou moins incertains, mais par la présentation de faits précis, si de telles guérisons surviennent alors que l'abcès ne réussit pas à se former ; et d'autre part, si l'issue fatale se produit en dépit d'un abcès bien formé.

M. MARCHAND. — Le diagnostic de méningite tuberculeuse ne me paraît pas évident ; la lymphocytose est discrète, l'albuminose peu accusée (0,30 à 0,40). De plus l'injection du liquide céphalo-rachidien au cobaye n'a pas été pratiquée. Il ne me semble pas que cet exemple doive être donné comme une méningite tuberculeuse guérie par un abcès de fixation.

M. MARIE. — Il y a une question de mode dans les procédés thérapeutiques. On revient à l'abcès de fixation après l'avoir abandonné. Mais il y a vingt-cinq ans, on faisait à tout le monde des injections de térébenthine : cela ne faisait pas trop mal parfois, sauf chez les paralytiques généraux pour lesquels cela ne réussissait pas du tout. J'ai vu un dément précoce chez lequel l'injection de 3 centimètres cubes n'amena un

abcès qu'après plusieurs semaines et fut suivi d'une guérison.

En fait, on ignore encore le mode d'action qui est probablement très complexe.

M. ARNAUD. — Il n'a pas été répondu aux questions précises posées par M. Revault d'Allonnes : 1° Connaît-on des cas d'abcès réussis suivis de mort ? 2° A-t-on observé des abcès non réussis suivis de guérison ?

M. ANGLADE. — Au cours de l'épidémie de grippe de la fin de la guerre, on a vu des guérisons sans abcès réussi ; sans doute, l'inverse peut-il se produire, mais je n'ai pas de cas présent à la mémoire. J'ai beaucoup employé l'abcès de fixation, mais je l'emploie moins maintenant. Il ne faudrait pas laisser croire qu'on guérit ainsi la méningite tuberculeuse.

## Un cas de délire d'interprétation intuition

Par M. SCHIFF

Cette communication paraîtra comme article séparé dans le corps de la Revue.

La séance est levée à 18 h. 20.

*Un secrétaire des séances,*  
BUSSARD.

---

# RÉUNIONS ET CONGRÈS

---

## Section criminologique de la réunion de 1925 de l'Institut d'anthropologie

---

La réunion annuelle de l'Institut d'anthropologie eut lieu à Strasbourg du 6 au 11 juillet 1925. Les travaux de la section criminologique, que présida M. Papillault, de Paris, assisté de M. Gelma, de Strasbourg, comme secrétaire général, furent les suivants :

L'observation et la sélection des mineurs délinquants, par M. G. PAUL-BONCOUR (de Paris). — Quand même nous posséderions tous les organismes indispensables pour éliminer, corriger, amender ou rééduquer les jeunes coupables, le rendement serait encore incertain si, avant toute décision, le sujet n'était pas examiné complètement, afin d'être dirigé vers l'institution qui lui convient. Or toute réaction antisociale étant la résultante de causes extrinsèques et intrinsèques, qui se combinent à parts inégales, suivant les individus et les circonstances, il importe de faire une enquête sur la genèse de l'acte criminel. Cette enquête sera triple. 1° Enquête sur les milieux où a vécu le mineur (famille, école, atelier, etc.). 2° Enquête sur l'état biologique et pathologique. 3° Enquête sur l'état psycho-moral et ses anomalies.

Pour être complètes, ces enquêtes doivent se conformer à un plan tracé d'avance et dont l'observateur remplit tous les cadres : il y aura donc une fiche sociologique, une fiche médicale et biologique et une fiche psychomorale. Pour que l'état mental, caractériel et moral soit parfaitement connu, l'observateur doit agir scientifiquement. L'usage des tests permet de fixer le niveau mental, d'indiquer s'il est normal ou anormal et même (s'il est normal) de spécifier ses qualités. Pour être informé de l'état caractériel et moral, la

mise en observation est nécessaire. Ce n'est pas en causant quelques heures avec un mineur qu'on peut être renseigné sur les réactions de son caractère ou sa formule morale ; est-ce un pervers ou un pervers ? Quelle est l'intensité de la perversion ? Quel est le type caractériel ? Quels sont ses défauts prédominants et tendances et quelles sont les qualités qui existent et font partie de la constellation caractérielle ? Tous ces renseignements ne peuvent être recueillis que par une mise en observation devant se conformer à la technique suivante :

1° L'observation doit être *prolongée* et quelquefois durant plusieurs semaines, de façon à ce que les tares se dévoilent. Un immoral, changé de milieu, sait se maîtriser au début, et ses réactions réelles n'apparaissent qu'au contact des événements.

2° L'observation doit se faire *dans un milieu naturel* : c'est mêlé à des camarades que les enfants révèlent leur caractère, les circonstances de la vie en commun faisant naître des modes de réaction personnelles qui n'apparaissent jamais dans une cellule. Ceux qui croient connaître un enfant après l'avoir interrogé durant son isolement, ou en tenant compte des renseignements fournis par les gardiens sur son attitude, se trompent ! Et à la suite de rapports aussi superficiels les magistrats prennent des décisions !

3° L'observation doit être *expérimentale*. Il n'existe pas de tests permettant une information rapide sur une moralité ou un caractère, comme cela existe pour le niveau mental.

Dans un établissement où se fait une observation conforme à ces principes, il est possible de mettre le sujet observé dans un certain nombre de situations capables de déceler son profil moral et ses déficiences. En examinant l'enfant dans ses jeux, dans son travail, dans ses relations, en créant des circonstances, un observateur entraîné constate l'influence soit de bons ou de mauvais conseils, soit d'une leçon morale, le degré de résistance à une tentation habilement présentée, le degré de perversité d'un mensonge et sa genèse, etc., etc.

4° L'observation doit être *personnelle* : c'est-à-dire que celui qui indique les résultats ne doit se fier qu'à lui-même. Recueillir des renseignements à droite et à gauche et sur eux édifier une opinion est véritablement d'une légèreté déconcertante et d'une imprécision que certains médecins experts eux-mêmes critiquent ouvertement.

5° La mise en observation suppose l'existence d'établissements ou de quartiers d'établissements affectés à cet usage et de maîtres entraînés surveillant des groupes de 15 à 20 sujets au plus.

6° Pour résumer l'observation, il est recommandable d'utiliser une fiche sur laquelle figurent une liste de qualités avec les défauts correspondants et plusieurs questions. Un observateur est parfois embarrassé pour exprimer ce qu'il a vu : en barrant les états qui sont absents et en répondant aux questions, la formule caractérielle et morale s'établit automatiquement. L'auteur présente des modèles des différentes fiches, dont il se sert depuis plusieurs années, et affirme qu'à cette technique il obtient des précisions que les moyens d'interrogations rapides ou indirects, communément employés, sont incapables de fournir.

Etudes comparées des états de démence, par M. PFERSDORFF (de Strasbourg). — Comparaison de la démence schizophrénique avec l'arriération mentale ou démence congénitale et la démence sénile.

*Etat affectif.* — L'auteur répartit, au point de vue de l'affectivité, les malades atteints de l'une ou l'autre de ces démences dans les divers groupes, ou sous-groupes suivants :

a) Démence schizophrénique ; a) malades fournissant un travail régulier, sans symptômes périodiques, b) formes torpides sans activité, c) formes asthéniques sensibles, avec tendance à la dépression, d) formes avec excitation maniaque, e) formes catatoniques avec parafunctions et états d'excitations périodiques.

β) Arriération mentale. Formes progressives d'abord. Groupe I : tranquilles comportant a) affectivité neutre, b) sensitifs. — Groupe II : excités comportant a) excités moteurs, b) excités affectifs avec labilité d'humeur et pseudologie. — Formes stationnaires ou démence anassociative. — Groupe III : démence moyenne, se décomposant en inactifs 1. ralentissement des fonctions psychiques, 2. asthéniques graves, et en 1. excités moteurs frustes, 2. émotifs à paroxysme affectif. — Groupe IV : démence grave a) torpide, b) éréthiques, remuants, choréiformes, catatoniformes.

La comparaison montre que les formes a, c, d, de la schizophrénie correspondent aux formes a et b du groupe I et à la forme a du groupe II de l'arriération. D'autre part, les formes a, c, d de la schizophrénie correspondent aux formes stationnaires de l'arriération, réunies dans les sub-

divisions des inactifs 1 et 2 et dans la subdivision 1 des excités. — Les formes émotives dans la démence congénitale avec pseudologie ne se retrouvent pas dans la schizophrénie. — Dans les cas d'arriération mentale extrême, il y a des formes torpides, comparables à la subdivision *b* de la schizophrénie, il y en a qui, par la catatonie, sont comparables à la subdivision *e* de la schizophrénie.

γ) Démence sénile ; il y a des formes excitées et inactives, comme dans l'arriération mentale. Mais l'affectivité n'y est pas au premier plan.

*Etat psychomoteur.* — La démence schizophrénique a seule des phénomènes catatoniques, c'est-à-dire des parafunctions et du maniérisme. Dans la démence sénile, on a des symptômes catatoniformes, c'est-à-dire des stéréotypies, du manque de plasticité, du manque de nuance, mais sans parafunctions. Dans la démence sénile, les stéréotypies sont des gestes qui ont eu un sens jadis. Dans l'arriération, ce sont des rudiments de mouvements.

Pour le langage, on note dans la démence sénile des fragments survivants du langage, de la persévération produisant un chaos de syllabes, une conservation de la grammaire ; chez des presbyophréniques, seul le substantif peut jouer le rôle provocateur des associations. Ces associations consistent en représentations générales, au lieu de représentations spéciales, et inversement. — Dans l'arriération, des éléments d'un langage qui n'a jamais eu lieu, de l'agrammatisme, l'emploi du substantif et des associations semblables à celles des déments séniles. — Dans la schizophrénie, des fragments de langage, des allitérations, des salades de syllabes, une conversation de la grammaire, phrases courtes et sans sens, associations incomplètes produisant un maniérisme et de semblables paraémotions, le sens étant inexact, mais approchant.

*Idéation.* — Les étapes où la différenciation associative s'arrête chez le débile et le sénile sont celles que parcourt l'idéation de l'individu normal. L'idéation catatonique dévie avant l'association terminale. La confabulation existe chez les arriérés et chez les presbyophréniques. Elle n'existe pas dans la rémission de la schizophrénie, mais existe dans la paraprénie dite confabulante.

Quels malades doivent être admis dans un quartier ou asile de sûreté ? par M. ARSIMOLES (de Hoerd). — Au point de vue médical, la formule qui consiste à résér-

ver le quartier de sûreté à tous les aliénés dangereux, qui ne peuvent être traités dans les asiles ordinaires est trop vague et suppose pour la plupart des cas un internement préalable dans un asile ordinaire, d'où le malade est refoulé secondairement, sur le quartier de sûreté.

Au point de vue juridique, tel qu'il apparaît dans les projets de réforme de la loi sur les aliénés, le quartier de sûreté serait destiné surtout aux aliénés criminels, et secondairement aux aliénés dangereux, non délinquants.

Cliniquement, le quartier de sûreté est fait pour les aliénés que Colin appelle dangereux et difficiles (habitues des asiles, alcooliques et épileptiques violents, délirants impulsifs et criminels) ; pour ceux que Vervaeck appelle aliénés antisociaux (pervers constitutionnels, fous moraux), monomanes, incendiaires, homicides, sexuels, kleptomane, toxicomanes, etc. Mais les aliénés criminels médicaux ne doivent pas entrer dans le quartier de sûreté, leur psychose pouvant s'y aggraver. Par contre, les condamnés anormaux et malades, dont la responsabilité a été jugée atténuée, que Vervaeck abandonne aux établissements pénitentiaires, devraient ressortir à l'asile de sûreté. Enfin, les parasites sociaux, tels que ces individus qui subissent trente condamnations à l'heure actuelle, avant d'être internés une fois, sont encore de son ressort.

Organisation des prisons psychiatriques ou annexes des prisons, par E. GELMA (de Strasbourg). — L'auteur demande pour les prisons importantes la constitution d'une infirmerie psychiatrique, avec dispositions spéciales des locaux, personnel de surveillance spécialisé, ayant fait un stage dans les asiles, et à la tête duquel il y aurait un psychiatre. Une réforme souhaitable serait la constitution d'un corps d'infirmiers pénitentiaires, munis de connaissances psychiatriques. En principe ne pourraient être proposés comme infirmiers d'administration pénitentiaire que ceux qui justifient de titres psychiatriques. En attendant, il serait facile d'organiser, dans les chefs-lieux de circonscriptions pénitentiaires ou dans les prisons situées dans les villes où existe un asile d'aliénés, une infirmerie spéciale, dont le médecin de l'asile du lieu prendrait la direction médicale. Là seraient les prévenus soumis à l'inspection, les détenus atteints de maladies mentales évidentes en cours de peine. On y observerait les condamnés au double point de vue anthropologique et médico-légal et, à l'occasion, on pourrait en faire un centre d'enseignements.

La non limitation des peines pour les récidivistes, par E. GELMA (Strasbourg). — L'auteur fait le procès du système actuel de répression pénale, et il montre que les délinquants à répétition circulent librement dans la société, aux dépens de laquelle ils vivent, et pour laquelle ils constituent un danger constant. Un emprisonnement à durée déterminée par avance n'a jamais servi à les transformer, à les amender. A la prison, pendant le temps de leur détention, ils se rencontrent avec d'autres malfaiteurs, méditant avec eux des plans de campagne pour le jour de leur libération et étudiant les moyens de ne plus se faire reprendre.

La solution de la question du récidivisme paraît résider pour l'auteur dans la durée indéterminée de la peine. Les délinquants primaires seraient justiciables du code pénal et subiraient leur peine dans des prisons modifiées dans le sens indiqué par nos précurseurs, les pénitenciers belges. Quant aux délinquants secondaires, ils seraient examinés par une commission, composée de magistrats spécialistes et de psychiatres. Cette commission proposerait, suivant les cas, ou le renvoi devant des tribunaux ordinaires, ou l'internement dans des quartiers médico-pénitentiaires, jusqu'à ce qu'il en soit décidé autrement par ladite commission.

Cette façon de faire aurait entre autres l'avantage de retirer de la circulation les récidivistes, d'intimider les autres délinquants ou les candidats au crime. Elle constituerait une thérapeutique réellement utile de la délinquance à répétition.

Spécialisation des prisons suivant le délit, par E. GELMA (Strasbourg). — Si on a en vue la « peine-punition », il n'y a rien à changer dans le système pénitentiaire actuel, mais tout reste à refaire si l'on envisage le problème de la « peine-défense », c'est-à-dire la préservation de la société.

La prison devrait être, non plus un pensionnat pour malfaiteurs, une galerie de condamnés, mais un lieu où l'on tenterait de les classer et de les modifier. Réunir tous les délinquants et criminels dans le même lieu et ne les grouper que par métiers et professions est un non-sens au point de vue de l'anthropologie criminelle. Les délinquants sont très différents entre eux. Sans doute, sur le même casier judiciaire, on trouve plusieurs sortes de délit, mais, en général, ce sont toujours les mêmes actes antisociaux qui se reproduisent. L'étude des bulletins n° 2 permet le groupement de délinquants en un certain nombre de catégories.



bien distinctes. C'est pourquoi il y aurait lieu de les réunir dans des prisons ou, du moins, de les grouper par sections différentes. Leur étude se ferait plus facilement ; le personnel les connaîtrait mieux, on pourrait tenter plus aisément la rééducation, le traitement ; enfin, plus on sépare les condamnés, mieux on réalise la prophylaxie, et il semble que cette séparation en groupes de même délinquance vaut mieux, dans ce temps où le régime cellulaire est battu en brèche, que la réunion indistincte de tous les pervers, dans un même local.

L'enseignement clinique de la criminologie et de la médecine pénitentiaire à Strasbourg, par E. GELMA (Strasbourg). Causerie faite à la prison départementale aux congressistes. — L'auteur recevait ses auditeurs dans la salle de cours de la prison, qui est installée pour recevoir 80 auditeurs environ, et qui était, sous le régime allemand, une salle d'école et de culte. Ce lieu expose les conditions dans lesquelles se fait cet enseignement. Celui-ci consiste dans la présentation d'un condamné ayant la plupart du temps fait l'objet d'une expertise médico-légale, psychiatrique, en présentant une affection neurologique ou médicale particulière aux prisonniers (pithiatisme, simulation, troubles de nutrition par carence, etc.). Cette présentation se fait toujours avec l'assentiment préalable du détenu.

Le sujet est examiné par un auditeur et une leçon est faite sur le cas au point de vue psychiatrique, médico-légal et pénitentiaire.

Le cours, qui n'est pas public, est réservé à des docteurs, étudiants en médecine ou en droit, porteurs d'une autorisation spéciale.

Les congressistes sont conduits ensuite dans les ateliers de la prison, où les détenus travaillent sous la direction de contremaîtres, à la fabrication des meubles, ou à celle des tapis ou des nattes. Visite de l'installation des tisseurs et de la machinerie pour la menuiserie.

Prophylaxie et répression de la criminalité infantile dans les législations française et allemande, par Paul COURBON (de Stéphansfeld). — En ce qui concerne les enfants délinquants, les deux législations française et allemande édictent des mesures sensiblement analogues. L'article 56 du code pénal allemand est à peu près indentique à l'article 66 du code pénal français, modifié par l'article 21 de la loi

du 22 juillet 1912. — Dans les deux pays, le tribunal peut remettre l'enfant à sa famille ou le confier à une autre famille, à une maison d'éducation (Erziehungsanstalt allemande, institution charitable française), à une maison de correction (Besserungsanstalt allemande ou colonie pénitentiaire française). Le code français spécifie encore la possibilité de mettre l'enfant dans un établissement d'anormaux, on le faisait pratiquement en Allemagne là où de tels établissements existent. Mais, en Allemagne, l'âge de discernement est de 12 ans, il n'y a qu'un juge, tandis qu'en France, l'âge est de 13 ans, et il y a trois juges.

En ce qui concerne les enfants n'ayant pas encore commis de délit, mais en imminence de pervertissement moral, la différence des deux législations est radicale. En France, le tribunal ne peut prendre à l'égard de l'enfant aucune décision sans le consentement des parents, ou sans avoir obtenu préalablement la déchéance paternelle. En Allemagne, en vertu de l'article 1666 du code civil, le tribunal peut immédiatement disposer de l'enfant en imminence de pervertissement, pour le confier à une famille, à une maison d'éducation ou de correction.

Cette mesure est excellente au point de vue prophylactique. Cependant, les juristes français sont presque unanimes à la condamner, sous le prétexte qu'elle pourrait permettre à des magistrats sans scrupule ou sans intelligence de violer un jour l'autorité paternelle de quelque brave père de famille. L'auteur, qui en sa qualité d'expert neuro-psychiatre de la Colonie pénitentiaire de Haguenau, instituée par les Allemands pour le redressement des mineurs criminels d'Alsace-Lorraine, a pu apprécier le fonctionnement de cette mesure depuis plus de 6 ans, n'a jamais constaté le moindre abus. Il montre ce qu'a de suranné cette méfiance des juristes français qui, justifiée il y a cent ans, n'a plus de raison d'être dans les conditions actuelles de la société.

L'analyse psychojuridique, par M. RENOUX (de Rochefort). — L'auteur expose les conclusions de sa pratique de juge chargé autrefois de l'instruction. — Il insiste sur le rôle *auxiliaire, mais indispensable*, du médecin-psychiatre pour l'application des règles du droit pénal, tant devant le juge d'instruction que devant les juridictions diverses du jugement. Son rôle consiste, non seulement à peser la responsabilité de l'inculpé, mais encore à éclaircir les juges pour éventer les ruses, les mensonges, les erreurs des déposants : accusés ou témoins. L'auteur indique l'avantage que

l'épreuve de la recherche « des associations d'idées » peut avoir pour reconstituer le passé réel, qui reste caché, surtout dans les affaires où l'exécution du crime n'a eu lieu que longtemps après sa décision et sa préparation.

Pour l'auteur, le délit ou crime est un fait principal purement intellectuel, manifesté par un acte matériel secondaire et accessoire. Il faut arriver à reconstituer l'état de la « conscience » de l'inculpé et des principaux témoins, c'est-à-dire leur faculté d'apprécier le bien et le mal. Cette faculté implique la connaissance d'où découle la liberté relative de l'individu, individu pouvant être une cause dans la succession quotidienne de ses actes. L'auteur déclare « que la conception du crime est inséparable d'un mélange de déterminisme et de liberté, dans lequel se concilient les écoles classiques et positivistes, et les méthodes psychologiques, psychophysiologiques, psychochimiques et physiques sont des indicatrices précieuses vers des voies judiciaires nouvelles ».

**Hérédité et paralysie générale**, par MM. AUBRY et L. CORNIL (de Nancy). — L'intervention des facteurs héréditaires dans la paralysie générale peut naturellement être envisagée à deux points de vue : soit que l'on considère leur rôle dans la méningo-encéphalite diffuse chez un syphilitique héréditaire ou acquis, soit qu'on envisage leur action dystrophique chez les descendants des paralytiques généraux.

I. — Le premier problème s'efforce de répondre à la judicieuse boutade de Nageotte : « Ne fait pas de paralysie générale un syphilitique qui veut. » On peut se demander en effet si l'hérédité névropathique vésanique, ou neurovasculaire chez un syphilitique intervient en favorisant la localisation anatomique spéciale, parenchymateuse et vasculaire du tréponème sur les centres nerveux. En d'autres termes, existe-t-il un terrain neurotropique antérieur chez les paralytiques généraux ?

a) Un premier point à résoudre est le suivant : sachant l'origine syphilitique constante de la maladie de Bayle, peut-on se demander si, en envisageant les faits d'une façon plus générale, l'hérédo-syphilis prédispose le syphilitique acquis à un neurotropisme du tréponème particulièrement marqué. Un cas particulier de ce problème concerne l'hérédité similaire, c'est-à-dire les faits assez nombreux où la P. G. survient chez un hérédo, fils de P. G., ayant lui-même acquis la syphilis. On trouve là un argument en faveur de

la sensibilisation du névraxe et de la localisation neurotrophique des accidents syphilitiques. De plus, il est des cas où le fils d'un syphilitique non P. G. contracte la syphilis. Il semble, et si on en juge par nos constatations personnelles, qu'il est moins disposé à faire de la P. G. que si son père avait été atteint d'une paralysie générale.

Tous ces faits paraissent en concordance avec ceux bien connus de la fragilité considérable du terrain à la tuberculose chez les enfants nés de parents tuberculeux. Il y a là une première constatation heurtant peut-être l'impression commune, mais s'accordant parfaitement avec la loi biologique générale qui règle les caractères acquis.

II. L'étude du deuxième problème, celui de la descendance des P. G. vient d'ailleurs confirmer cette notion de l'hérédité du terrain neurotrophique, contrairement aux affirmations de Matterne, Mackencie, Bakon, S. Scholtene ; il y a lieu dans cet ordre d'idées d'envisager : en dehors du fait précédemment signalé de P. G. héréditaire similaire, dont nous connaissons un cas s'étendant à trois générations avec une précocité progressive, les faits classiques plus probants encore de P. G. infantile. De plus, on sait la fréquence particulière dans la descendance des P. G., des anormaux mentaux, des comitiaux, voire même d'anomalies ou de lésions étendues du névraxe.

On est tenté de considérer l'hérédo-spécificité à localisation névraxique comme un facteur de prédisposition important dans la topographie des lésions encéphaliques qui aboutissent à la paralysie générale chez tout hérédosyphilitique contaminé à nouveau par la syphilis. Cette affirmation n'est d'ailleurs que l'aspect particulier d'une question plus générale encore, celle de la sensibilisation à la syphilis acquise des hérédosyphilitiques.

Visite des asiles d'aliénés de Basse-Alsace. — La visite des asiles d'aliénés du Bas-Rhin eut lieu le 7 juillet. La plus grande partie de la journée fut consacrée à HOERDT, où le docteur Arsimoles, en dépit des difficultés de toutes espèces, dirige d'une façon parfaite un service d'aliénés criminels recrutés aux quatre coins de la France. La plupart de ces difficultés tombera le jour où la connaissance des réalités de l'assistance psychiatrique spéciale de tels sujets aura filtré davantage dans le monde des autorités judiciaires. Après un excellent déjeuner, et avant de nous conduire dans le bel institut médicopédagogique, qu'il a

créé depuis deux ans, le directeur nous offrit l'un des spectacles les plus esthétiques et les moins artificiels qu'il m'ait été donné de voir en Alsace. Au pied des murs du fameux quartier de force, dans le décor verdoyant des broussailles du Ried, cette plaine presque inculte qui borde le Rhin, avec pour arrière-plan les pentes lointaines de la Forêt-Noire, infirmiers et infirmières, vêtus de leurs costumes de fête, les hommes en veste rouge à bouton d'or et la faux sur l'épaule, les femmes ayant pour diadème le large papillon noir et pour sceptre le râteau dentelé, dansèrent les pas lourdement cadencés qui, depuis des siècles, expriment la réjouissance des cultivateurs alsaciens après la récolte de la moisson.

Puis, à la fin de l'après-midi, on se rendit en automobile à STÉPHANSFELD. Les clartés flamboyantes du couchant après la journée de pluie et de brumes accentuaient l'accueillante intimité de ses vieux toits pittoresquement ornés depuis peu d'un nid de cigognes, et la tranquillité reposante de ses tutélaires ombrages. Le contraste entre la population paisible de nos malades et l'espèce grimaçante contemplée le matin derrière les barreaux du Pavillon de sûreté en était plus violent. Après un succulent goûter offert, en une aimable allocution par le directeur, mon ami Frankhauser, les criminologistes du Congrès, enchantés de ce qu'ils avaient vu, regagnèrent Strasbourg.

Paul COURBON.

# SOCIÉTÉS SAVANTES

---

## Société clinique de médecine mentale

Compte rendu de la Séance du 21 Juin 1926

Présidence : M. le D<sup>r</sup> SÉGLAS

Délire mélancolique et syphilis cérébrale, par TRUELLE et PRUGNAUD. — Il s'agit d'une femme de 54 ans qui, depuis un an, présente un délire mélancolique, et chez laquelle dans le même temps, semble-t-il, s'est révélé un syndrome biologique de syphilis méningée en activité. La syphilis méningée ne s'est traduite cliniquement que par un ptosis gauche passager, par de l'anisocorie transitoire et par un peu de paresse pupillaire. Par contre toutes les réactions spécifiques de son L. C. R. ont été et sont restées positives avec une lymphocytose variant de 112 à 60 éléments.

La syphilis méningée est-elle la cause nécessaire et suffisante du syndrome mélancolique ? Ou n'a-t-elle agi que comme cause adjuvante épisodique ?

Démence précédée de plusieurs accès de mélancolie, par M. LEROY. — Malade dont l'observation a été suivie depuis 12 ans. Cette femme a fait depuis l'âge de 32 ans cinq accès de mélancolie dont les quatre premiers ont guéri. Chacun de ces accès s'accompagne de tentatives de suicide. On pensait à la mélancolie intermittente. Au bout de dix ans et au cours du cinquième internement la malade présente progressivement des symptômes indéniables de démence (indifférence totale, discordance, idées d'auto-accusation absurdes et stéréotypées), grimaces, actes repoussants de malpropreté, etc.

Hypertonie et contracture des doigts chez une mélancolique hypochondriaque, par LEROY et NACHT. — Il s'agit d'une malade âgée de 70 ans présentant une contracture irréductible en flexion bilatérale et symétrique des doigts des deux mains, respectant les pouces. Raideur dans les mouvements passifs du bras sur l'avant-bras sans signe de

la roue dentée. Pas de modification des réflexes tendineux. Quant aux membres inférieurs, ils présentent aussi un léger état hypertonique. Contracture en extension des orteils. Pas de signe de Babinski. Les réflexes de postures ne sont pas modifiés. Pas de troubles de la coordination. Inclination du tronc en avant pendant la marche et demi-flexion des membres supérieurs, immobiles d'ailleurs. Aucun trouble de la sensibilité. Faciès figé. Début des troubles il y a un an. Cette malade a contracté la syphilis à l'âge de 25 ans. Réactions humérales négatives actuellement. Pas d'antécédents d'encéphalite épidémique. (Les auteurs pensent à une contracture extra-pyramidale, peut-être en rapport avec la syphilis par lésion diffuse des centres sous-corticaux.

Tremblement de la tête dans la démence précoce, par GUIRAUD. — L'auteur projette un film qui montre chez un hémiphréno-catatonique un tremblement de la tête associé à de l'hypertonie généralisée. C'est un syndrome exceptionnel dans l'hémiphréno-catatonie qui d'après l'auteur doit être rapproché du tremblement de la tête rarement observé dans le syndrome parkinsonien.

Adipose dans la démence précoce, par M. GUIRAUD. — Projection d'un film montrant plusieurs malades atteintes d'hémiphréno-catatonie avec adipose considérable. L'auteur pose la question d'une possibilité d'atteinte du tuber cinereum.

Lésions valvulaires aortiques chez un paralytique. Contre-indication de la malariathérapie, par TRÉNEL et P. CLERC. — Les lésions sont localisées aux valvules aortiques, ce qui est assez rare dans la paralysie générale où, généralement elles prédominent à la crosse en respectant relativement les valvules. Le malade avait été récemment soumis à la malariathérapie. Mort rapide par hydrothorax. Le traitement malarique est contre-indiqué dans les cas de lésions aortiques marquées (Nonne).

Kystes hydatiques du foie avec généralisation péritonéale chez un paralytique général, par TRÉNEL et J. SIZARET. — Homme de 47 ans, alcoolique. Le diagnostic clinique s'imposait et fut confirmé par la constatation d'une éosinophilie abondante. Conservation d'un bon état général malgré une généralisation due peut-être à une ponction intempestive.

Mort 3 mois après l'entrée. A l'autopsie, kystes intrahépatiques multiples, occupant toute la fosse iliaque droite, à tous les degrés de développement dans tout le péritoine. Abondance de scolex dans les kystes.

L. MARCHAND.

## Société de Psychiatrie

Séance du 24 Juin 1926

**Guérison d'un cas de Psychose de Korsakoff.** — MM. LÉVY-VALENSI et Julien MARIE présentent un cas de guérison du syndrome de Korsakoff et se demandent si ces cas sont fréquents, car tous les cas qu'ils ont observé ne guérissaient pas, contrairement à l'opinion classique d'après laquelle cette affection est souvent curable.

**Psychose périodique chez une hérédo-syphilitique. Idées obsédantes au cours d'un accès mélancolique.** — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et VALENCE présentent une malade de 31 ans qui en est à son troisième accès de dépression mélancolique. Un des accès au cours duquel on avait trouvé le Wassermann sanguin légèrement positif, avait bénéficié du traitement antispécifique. L'accès actuel est caractérisé par l'importance des préoccupations obsédantes à thème non délirant et il paraît devoir également céder au traitement spécifique.

**Les acides aminés urinaires dans l'épilepsie.** — M. RAFFLIN établit que, dans l'ensemble, les débits journaliers sont normaux, mais plus forts les jours de crises. Les variations horaires sont plus considérables qu'à l'état normal et il se fait une décharge considérable pendant la crise. Ces irrégularités sont étroitement liées au déséquilibre acido-basique et aux mouvements de l'eau.

M. TINEL rappelle que les variations de l'alcalose à l'hyperacidose se font avec une grande rapidité, l'alcalose précédant la crise.

M. LAIGNEL-LAVASTINE insiste sur les rapports du P. H. et de l'élimination de l'eau.

**Les vols de « jouissance momentanée » et en particulier ceux d'automobiles.** — M. CEILLIER propose ce nouveau terme pour qualifier un délit, qui devient extrêmement fréquent,



et qui consiste à s'emparer d'un objet, généralement une automobile, pour en jouir pendant quelques heures, puis à le restituer où, plus souvent, à l'abandonner. Le délit s'observe surtout chez des jeunes gens de la classe aisée, qui ne sont pas nécessairement des pervers, mais des déséquilibrés dont l'instabilité et l'inadaptabilité sociale se manifestent successivement au collège, au régiment et dans la vie civile.

PRÉSENTATION DE MALADE. — MM. DUPOUY et TINEL présentent une malade qui avait eu il y a quatre ans des accidents pithiatiques, à la suite d'une émotion et qui avait été guérie par persuasion. De nouveau, après une émotion, cette femme a présenté des mouvements choréiformes que les auteurs se proposent de faire disparaître par le torpillage.

M. HEUYER se demande si les mouvements observés, qui sont parfaitement rythmiques, ne seraient pas plutôt la conséquence d'une encéphalite épidémique passée inaperçue.

M. CLAUDE se demande s'il n'y a pas des états purement fonctionnels des noyaux de la base se traduisant par des symptômes analogues à ceux des lésions de ces noyaux. Il rappelle des cas de coexistence d'encéphalite et d'hystérie s'expliquant peut-être par un dynamisme fonctionnel. D'ailleurs on connaît des améliorations d'accidents post-encéphalitiques survenues à la suite d'un torpillage ou d'une émotion.

M. DUMAS rappelle qu'il n'y a pas de phénomène plus organique que l'émotion.

Etude d'un cas de délire hallucinatoire avec obsessions. — MM. TARGOWLA, LAMACHE et LAGNIÈRES donnent l'observation d'une persécutée classique avec hallucinations nombreuses de persécution et de défense. En même temps que ces hallucinations, se mêlant à celles-ci, elle a eu des obsessions à caractère génital. Cette observation pose, à nouveau, les rapports entre l'obsession et le délire.

M. ARNAUD fait remarquer que le plus souvent l'obsession est primitive et précède le délire.

M. CEILLIER rappelle que dans les cas où l'obsession se transforme en hallucination, il s'agit presque toujours de la variété dite « hallucination psychique ».

André CEILLIER.

# VARIÉTÉS

## MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE

### CONCOURS DES MÉDECINS DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Le concours s'est ouvert le 28 juin.

Le jury était composé de MM. les docteurs Raynier, inspecteur général adjoint des services administratifs, Guiraud, Calmettes, Coulonjou, Alombert-Gojèt, Camus, Mme Piquemal, M. Guiraud suppléant avec M. Brulé, remplaçant M. le Professeur Jean Lépine qui n'avait pas accepté.

Était adjoint au jury, M. Haye, chef de bureau au Ministère de l'Hygiène.

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Legrand, Anglade, Bauer, Montassut, Mlle Badonnel, MM. Hyvert, Carriat, Mlles Serin, Cullerre, M. Sizaret.

Le tableau ci-après donne les notes obtenues par chacun des candidats.

### NOTES OBTENUES

NOMS	Anatomie	Path. mentale	Path. inter.	Admin.	Titres	CLINIQUE		Total
						orale	écrite	
M. Legrand.....	29	29	19,5	10	23	32	37	179,5
M. Anglade.....	27	26,5	17	13	15,25	31	32	161,75
M. Bauer.....	28	28,5	13	18,5	16,5	28	26	158,5
M. Montassut...	22	25	9	6	24	32	30	149,5
Mlle Badonnel.	16	26	16,5	6	18,5	33	31	147
M. Hyvert.....	27	25	13	12	12	31	26	146
M. Carriat.....	18	25	15	14	18,25	27	25	142,5
Mlle Serin.....	16	22	14,5	16	15,5	29	28	141
Mlle Cullerre...	18	24,5	17,5	15,5	11,25	30	24	140,75
M. Sizaret.....	18	21,5	14	11	17,75	25	29	136,25

## PRÉFECTURE DE LA SEINE

Concours de médecin en chef  
des asiles publics d'aliénés de la Seine

Un concours pour la nomination à deux places de médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine s'est ouvert le 5 juillet.

Le jury était composé de MM. les Docteurs Dequidt, inspecteur général des services administratifs, président, Anglade, Prof. Claude, Pascal, Roubinovitch, Thibaud, Truelle, ces deux derniers remplaçant MM. les Docteurs Bonnet et Thivet qui n'avaient pas accepté.

A ce jury étaient adjoints MM. Chandet et Haye.

Les candidats étaient au nombre de six. Le concours s'est terminé par la nomination de MM. les Docteurs Genil-Perrin et Beaudouin.

Nous reproduisons dans le tableau ci-après les notes obtenues par chacun des candidats.

	Services ordin.	Titres et travaux	Clinique orale	Cl. médico légale	Total	Place
Abély.....	8	31				
Beaudouin...	9	38	16	28	91	2 <sup>e</sup>
Benon.....	9	29	15	25	78	5 <sup>e</sup>
Génil-Perrin.	10	38	18	30	96	1 <sup>er</sup>
Lautier.....	7 1/2	26	18	28	79 1/2	4 <sup>e</sup>
Nandascher ..	10	37	15	27	89	3 <sup>e</sup>

## MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE

## VACANCES DE POSTES

1<sup>o</sup> Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'asile public d'aliénés de Dury-les-Amiens (Somme) par suite du départ de M. le Docteur Usse.

2<sup>o</sup> M. le docteur Usse, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Dury-les-Amiens (Somme), a été nommé médecin chef de service à l'asile public d'aliénés d'Aix (Bouches-du-Rhône) [poste créé].

3<sup>o</sup> Un poste de médecin chef de service à la Maison Départementale de la Seine-Inférieure, par suite de la mise à la retraite de M. le Docteur Thivet.

4° Un poste de médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Stéphansfeld (Bas-Rhin) par suite du départ de M. le Docteur Courbon, appelé à un autre emploi.

En ce qui concerne ce dernier poste, conformément à la réglementation en vigueur, les candidats doivent justifier de la connaissance de la langue allemande.

5° Le poste de Directeur Médecin de l'Etablissement Psychothérapique de Fleury-les-Aubrais (Loiret) sera vacant à dater du 1<sup>er</sup> octobre 1926, par suite de la mise à la retraite de M. le Docteur Rayneau.

#### DISTINCTIONS HONORIFIQUES

*Légion d'Honneur.* — Sont promus au grade d'officier, MM. les Docteurs ANTREAUME ET ROUBINOVITCH

---

*Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.*

  
ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

# L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

---

## Chronique

---

### *Le XXX<sup>e</sup> Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes*

Genève-Lausanne (2-7 août 1926)

---

Le Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française se tint cette année à Genève et à Lausanne, du 2 au 7 août, sous la présidence du Docteur Semelaigne, de Paris, et du Professeur Long, de Genève, assistés du Professeur Raviart, de Lille, comme vice-président, du Docteur Repond, de Malévoz, comme secrétaire général de la session, et du Docteur René Charpentier, de Paris, comme secrétaire permanent du Congrès.

Organisé pendant la phase la plus critique de la baisse du franc, il ne laissa pas de recruter un nombre d'adhérents supérieur à celui d'aucun des précé-

dents. Siégeant au milieu des difficultés économiques les plus pressantes, il n'en a pas moins donné prétexte à des fêtes et à des réceptions dont l'éclat et l'abondance ne se ressentirent en rien de la dureté des temps. Cela, grâce à la grande générosité de nos hôtes sur qui retombe pourtant lourdement le contre-coup de nos misères financières.

Mettant en pratique le précepte de notre compatriote, le belleyisan Brillat-Savarin, leur voisin, ils assurèrent notre bonheur d'un bout à l'autre de l'invitation. Sous les noms de collation, déjeuner, dîner, banquet, ils nous gorgèrent de nourritures excellentes et nous abreuvèrent de boissons exquis. Un égard excessif pour nos habitudes leur fit substituer des bordeaux et des bourgogne, d'ailleurs remarquables, aux petits vins couleur de paille et âprement parfumés qui coulent des raisins vaudois. Ils nous promenèrent en automobiles, en bateaux, en funiculaires, en tramways, en trains. Ils nous montrèrent mille belles choses naturelles, scientifiques ou artistiques. C'est à peine si l'on put se rendre compte directement du prix de la vie, en commandant quelque plat du pays, comme un bifteck au gruyère, ou une fondue, excellente soupe cuite avec du fromage en guise de pain et du vin blanc en guise de bouillon.

Innovation importante, parce que révélatrice de la considération acquise par notre Congrès dans les milieux scientifiques de France et de l'étranger, le Bureau International du Travail avait bien voulu se faire représenter à la séance d'ouverture. Et il avait choisi pour cela, l'une de ses personnalités les plus éminentes et les plus sympathiques aux Français, M. Destree, ancien Ministre de Belgique.

On ne saurait donc trop féliciter les organisateurs de cette session pour la brillante victoire qu'ils ont remportée contre la malveillance des circonstances : d'abord le secrétaire permanent, René Charpentier, dont l'incomparable dévouement à la prospérité de nos réunions est la cause de leurs progrès croissants ; ensuite le secrétaire annuel, Repond, qui combina ce beau programme et mena à bien sa difficile exécution ; puis le président suisse, Long, dont l'activité quoique silencieuse fut aussi précieuse que grande ; enfin le président français, Semelaigne, dont les allocutions par leur discrète élégance, leur émotion contenue, l'opportunité de leurs thèmes et leur brièveté, resteront les modèles de l'éloquence présidentielle.

Pourtant aux heureux souvenirs laissés par ce beau Congrès, se mêle un brin de déception. La rubrique qui l'annonça promettait la célébration du Centenaire de Pinel, et de Pinel, sans la communication de M. Laignel-Lavastine et de M. Vinchon sur deux de ses malades, il n'eût pas été question.

La faute en est, qu'il me permette de le dire, à la modestie exagérée du descendant de ce grand maître qui présida nos débats. Personne n'osa assumer la tâche de ce panégyrique car tout le monde escomptait le régal d'entendre M. Semelaigne parler de l'ancêtre sur qui il écrivit si bien. Il nous entretint des prédécesseurs de Pinel, décevant notre légitime attente. Ce faisant, il donnait, il est vrai, à la jeunesse d'aujourd'hui pour qui la science commence avec elle, un exemple à imiter ; puisqu'au lieu de s'enorgueillir d'un aïeul qui est en réalité l'inventeur de la psychiatrie, il s'efforçait de découvrir jusque parmi d'obscurs devanciers quelques lueurs auxquelles attribuer le mérite d'avoir éclairé son génie.



**GENEVE.** — Les deux premières journées se passèrent dans son enceinte et dans sa banlieue.

Genève est la première ville étrangère, qu'avant l'ère des automobiles, les familles de l'Est de la France montraient en récompense à leurs enfants. Ceux-ci venaient à sa découverte avec la curiosité enthousiaste de l'adolescence d'alors, pour qui franchir la frontière équivalait presque à ce que serait pour celle d'aujourd'hui l'atterrissage sur une autre planète. Et l'impatience de leur imagination n'était pas frustrée quand, arrivant comme moi d'une cité charbonneuse et sans eau, ils descendaient de la gare par une limpide matinée de printemps entre ses maisons claires aux volets verts, et voyaient surgir au bas de la large rue du Mont-Blanc, l'éblouissante pureté de son lac bleu reflétant le rouge des toits, la diaprure des montagnes, la blancheur des neiges lointaines, la pierre rigide des ponts et la verdure frissonnante des peupliers de l'île Jean-Jacques Rousseau.

Genève fut encore la première ville de l'étranger que je vis après le bouleversement de la grande guerre, et j'y eus la plus directe sensation de la victoire de mon pays. Débarqué par une nuit brumeuse de novembre 1918 pour y chercher un convoi de blessés, je croisai sur le pont du Mont-Blanc trois Allemands qui cessèrent brusquement leur conversation et descendirent du trottoir, laissant obséquieusement le passage à mon uniforme d'officier français.

Genève est toujours aussi belle. Bordant la pointe occidentale du lac azuré, elle est l'arc blanc de l'arbalète qui décoche sur la Savoie la flèche fré-



missante du Rhône impétueux. Sa cathédrale haussant les deux guérites de ses tours carrées, surveille le jeu des longues voiles blanches ou rougeâtres et des vapeurs empanachés sur la rade, contemple par delà les pentes voisines les glaces des sommets sourcilleux, et concentre sur elle les regards émerveillés des promeneurs répandus sur les quais ombragés, dans les avenues élégantes des nouveaux quartiers et le long des ruelles de la vieille montée.

C'est dans les palais de l'Université et de l'Athénée, autour de la promenade ombragée des Bastions qu'eurent lieu les séances scientifiques. Pour se rendre à ces discussions sévères, on passait devant l'un des chefs-d'œuvre de la sculpture contemporaine. Qu'il est beau, mais qu'il est austère ce monument édifié à la Réformation par les sculpteurs Landowski et Bouchard ! On ne peut le contempler sans trembler. Adossés à une rébarbative muraille, les Réformateurs se dressent de toute leur taille. Tête droite et regard dur, barbes tombantes et bouches closes, bras pendants et poings serrés, vêtements longs et rigides, ils sont l'image de l'inexorable certitude. Ce sont les missionnaires d'un Dieu qui ne donna pas la parole aux hommes pour discuter, ni le rire pour s'amuser. Ce mur devant lequel ils se tiennent est un mur d'exécution. On cherche à leurs pieds les cadavres de leurs contradicteurs. On se rappelle les efforts et les métaphores de Rousseau et de d'Alembert pour décider les Genevois à tolérer le jeu de la comédie dans leur ville qui « unirait alors à la sagesse de Lacédémone, la politesse d'Athènes ». Et l'on se demande même, si la lumière que mit dans sa devise la cité où fut brûlé Michel Servet ne fut pas celle de son bûcher.

Il n'en est rien, car il est partout des fanatiques et Genève connaît la compassion. C'est sa convention qui imposa des limites à la barbarie des guerres. Elle est l'atelier où travaillent les ouvriers de la paix. Nombreux même sont les souvenirs galants qui se nichent entre ses pierres ou sous ses bosquets. A la pension Mirabaud, dans le quartier des Eaux-Vives, Eve Hanska pour la première fois dénoua sa ceinture entre les bras de son illustre soupirant Balzac. Non loin de là, la villa Diodati avait logé le passionné Lord Byron. C'est encore dans ces parages que, victime de quelque maléfice, le couple adultère du vertueux compositeur Liszt et de la noble épouse d'un comte et pair de France, Daniel Stern, vint pendant l'été de 1835 abriter ses amours éphémères sous l'égide incendiaire de l'incandescente George Sand. Et que de couples inconnus ont goûté et goûteront encore la joie de vivre à deux dans cet harmonieux pays !

C'est également lui que choisirent pour y finir leurs jours plus d'un désabusé. Après tant de dangers courus sur les champs de bataille, dans les ruelles de la cour, aux prêches, chez les imprimeurs, le fougueux Agrippa d'Aubigné vint s'y retirer. Le duc de Brunswick, célèbre par de multiples extravagances, s'y fit fastueusement ensevelir. Et sous le poignard d'un assassin, la pourpre du sang impérial d'Elisabeth d'Autriche rougit l'azur du lac plébéin au bord duquel elle voulait vieillir.

Mais Genève est surtout un centre de labeur industriel, scientifique et artistique où l'on travaille en français. Sa bijouterie, ses dentelles, ses horlogeries et ses broderies sont vantées de tous les touristes. Sans dresser de palmarès, on ne peut oublier les noms de certains de ses morts : Pictet, de

Saussure, Jean-Jacques Rousseau, que tout le monde connaît, le malicieux conteur Topfer, les romanciers Cherbuliez et Rod, le statuaire Pradier, les peintres Calame, Diday, Revillod. Trop longue serait l'énumération des contemporains dont les vocables semblent de notre terroir qui, par l'exposition, l'édition et la représentation à Paris, de leurs œuvres plastiques, littéraires ou musicales, illustrent notre culture. La gymnastique rythmique y a orgueilleusement pris essor. Enfin il ne se passe pas d'années où quelques découvertes accomplies dans les laboratoires genevois ne viennent grossir les acquisitions de la psychologie et de la pédagogie. Genève est l'un des phares le plus éclatants qui annoncent à l'étranger le génie français.

Le premier soir de notre arrivée, le Conseil d'Etat du Canton et le Conseil Administratif de la ville nous réunirent dans une réception musicale suivie de collation au Palais Eynard.

**Bel-Air.** — Le mardi on fut convié à un excellent déjeuner par l'Asile du canton genevois que dirige le Professeur Ladame. Situé à quelque dix kilomètres de la capitale, il étale ses robustes bâtiments sur un plateau herbeux, strié de bosquets, où l'air est vivifiant. Ses quartiers avec le grillage de leurs clôtures ont une simplicité agreste derrière laquelle, nous avons pu nous en rendre compte, les hospitalisés jouissent de toutes les ressources de la thérapeutique psychiatrique moderne.

D'aimables confrères mettant leurs voitures à notre disposition, nous descendirent par petits groupes à Genève. Et tandis que les médecins visitaient cliniques ou facultés, les congressistes associés étaient reçus à la Société des Nations.

**Champel-les-Bains.** — A quelques minutes de tramway de la Place Neuve, le faubourg de Champel élève ses villas dans le feuillage et la fraîcheur. Ses bains justement renommés pour leurs propriétés tonifiantes, s'accrochent au revers de la falaise qui forme la paroi septentrionale de l'ample couloir où l'Arve roule ses flots avec fracas. C'est à l'Hôtel Beau-Séjour, dans les salons et sur la terrasse enclose d'arbres séculaires, que le Congrès donna, le mardi soir, son banquet.

L'air y était si frais à respirer, la digestion y était si douce à savourer que nombre de dîneurs s'attardèrent. Ils eurent à expier leur insouciance par une marche forcée sous des cataractes diluviennes. Par contre, les plus diligents assistèrent en récompense au spectacle du passage de l'orage sur la rade.

Ce furent d'abord de fugitifs et muets embrasements du lac, sous la torche des éclairs de chaleur. Puis de sourds grondements, qui bientôt s'intensifièrent en se rapprochant. Sillonnée de fusées percutantes et secouée de tonnerres en furie, l'obscurité devint plus noire, plus odorante. Brusquement une mitraille d'eau aveuglant les yeux, essoufflant la poitrine, étourdissant les oreilles, meurtrissant les chairs, nous transperça et, en quelques minutes, cessa. Et l'artillerie céleste, fuyant au galop des vents, couvrant sa déroute d'une rageuse canonade, cahotant ses fourgons de nuages aux aspérités des monts, leur arrachant des étincelles, s'engouffra dans la vallée du Rhône où elle disparut. La nuit rouvrit ses portes au silence et ses fenêtres aux étoiles. Mais, sinistre vestige de la ruée fulgurante, pendant près d'une heure dansèrent, dans la haute montagne, les flammes d'une ferme foudroyée.

**DIVONNE ET LA METAIRIE.** — Le mercredi eut pour programme la visite de deux établissements psychothérapiques, l'un français, l'autre suisse, où la cordialité de l'accueil fut égale. Cet accueil revêtit un caractère plus solennel dans la première où le banquet s'entoura du luxe habituel au palace qui le servit. Il eut une grâce champêtre dans le second, où l'on dîna sous la tente. Aux deux endroits, la chère fut délicieuse.

Divonne, sur un étroit plateau du Jura, à 500 m. d'altitude, est un petit village pendant l'hiver. Mais, dès la belle saison, il ouvre ses hôtels et devient une station hydrothérapique des plus animées. Des autocars, partis de Genève vers dix heures du matin, remontèrent la rive droite du Léman par Verxoix et Coppet, gravirent les coteaux, franchirent la frontière et arrivèrent vers les onze heures sous les ombrages de l'Etablissement.

La visite médicale eut lieu aussitôt sous la direction compétente de quatre de nos confrères qui en sont les médecins : Vieux, Ernst, Bonnus et Ballivet, auxquels avait bien voulu se joindre leur doyen, le Docteur Rolland, l'un des fondateurs de la maison. Quant à la visite des autres richesses de Divonne : beautés naturelles de son parc, points de vue sur la vallée, échappées sur la montagne, cascadelles bruissantes, source de la rivière, fraîcheur des sous-bois, recoins ensoleillés, etc., elle fut dirigée par le guide le plus charmant, Mme Vieux. Grâce à elle, les femmes et les jeunes filles ne furent pas négligées pendant les séances de discussion. Et bien des hommes préférèrent la suivre, non sans raison, car l'efficacité de la thérapeutique des psychopathes est sous la dépendance du cadre où elle est appliquée.

Vers les cinq heures on partit en automobiles pour La Métairie. Après l'arrêt à la douane, elles longèrent la haute paroi du Jura, en descendant en pente douce à travers vignobles et champs. Au passage de riants villages, les dimensions de la cave nous signalèrent son importance. La cave est en effet le salon où l'hôte de marque est reçu. Avec lui « on y boit au guillet », c'est-à-dire qu'on remplit les verres à chaque tonneau, tour à tour, et que, de la sorte, on déguste tous les crus de la vendange. Ce ne fut pas notre lot, car nulle escale ne fut faite pendant la demi-heure du trajet.

La Métairie est un opulent domaine, étendu dans la plaine de Nyon, au bord même du Léman, et que notre illustre et vénéré confrère Forel aménagea de la façon la plus heureuse pour le traitement des maladies mentales. Elle a maintenant pour directeur le fils même du fondateur.

Des castels confortablement dressés au bout de sablonneuses avenues et des chalets discrètement blottis sous le feuillage. Des appartements silencieux où glissent l'apparition d'actives infirmières dont la blanche coiffe en forme de touret rappelle le couvre-chef des vierges sculptées par les artistes du moyen âge, aux façades des cathédrales. De vertes pelouses bordées de massifs multicolores et que prolonge la nappe bleutée du lac. Des magnolias en fleurs exhalant après l'ondée leur arôme plus frais et plus fin que celui des citronniers. Le creusement inattendu dans ce paysage plat d'un ravin abrupt, sans doute pour le marquer d'un caractère plus spécifiquement helvétique. Et dans le lointain, le tintement des clarines du troupeau rentrant du pâturage.

Ce décor idyllique évoque le ranz des vaches, les

mœurs des armaillis dans les alpages. On comprend l'irrésistible nostalgie des Suisses au souvenir de leur vie champêtre ; et l'on considère comme superflus les serrures et les murs prévus pour retenir les pensionnaires dans cette enceinte dont on ne saurait s'arracher sans souffrir.

Les congressistes qui restèrent ce soir-là collationnèrent copieusement et regagnèrent Genève en bateau aux lueurs d'un feu d'artifice tiré en leur honneur.

**LE LEMAN.** — La journée du jeudi se passa sur les flots et les rives du Léman. Par une matinée incertaine, à la fois grise et claire, humide et étouffante, on s'embarqua sur un vapeur, coquettement pavoisé des couleurs de tous les cantons. Il leva l'ancre au son de l'inévitable orchestre qui, sur tous les bateaux suisses, ne cesse de promener devant la majesté millénaire des monts immuables l'agaçante trivialité des ritournelles à la mode. Il glissa entre les deux bras blancs ornés de boules d'or des jetées que Genève croise dans l'azur de ses eaux, comme pour retenir amoureusement contre elle la flottille de son port. Il défila devant les grands palais de la Société des Nations, du Bureau International du Travail, de l'Ariana, et gagna le large.

Pendant trois heures, il navigua sur cette petite mer aux horizons harmonieux qu'est la moitié occidentale du lac. Les pentes ombragées qui l'entourent reculent discrètement, laissant entre elles et lui une bordure de prés, de vignes et de céréales. Retenant l'élan de leurs cimes, elles permettent aux neiges du Mont Blanc de se mirer dans les flots. C'est un paysage de beauté où la mesure a la

plus grande part. C'est le lac de la raison où Calvin et Voltaire, en baignant leur regard, trouvèrent la pureté du langage et la clarté de la pensée. En le contemplant, Mme de Staël donnait une trempe virile à son talent de femme.

Pendant les premiers kilomètres, quelques mouettes débonnaires nous firent la politesse de leurs vols clignotants. Mais l'orage ni le soleil ne se décidant à s'installer, elles allèrent somnoler parmi les roseaux. On croisa de longues et larges barques, à la double voile latine, transportant avec la même lenteur qu'aux temps de César la lourde charge de granit de Meillerie qui les immergeait jusqu'aux bords. On longea les terrasses de Thonon et l'échelle des palaces surgis dans la verdure d'Evian.

Puis on pénétra dans le cirque escarpé de la partie orientale. Les berges s'y redressent et s'avancent l'une vers l'autre, avec le hérissément de leurs forêts et de leurs rochers. Elles se défient de chaque côté de l'arène liquide, tandis que le ricanement titanesque des Alpes valaisannes découvre dans le ciel la blancheur des Dents de Morcles et du Midi. C'est le lac du sentiment que les romantiques ont peuplé de leurs créations. Rousseau y mit son Héloïse, Byron vint y frissonner, les musiciens y rêvent et Honegger y trouva ses inspirations bibliques.

On débarqua vers les onze heures, non loin des grises courtines du donjon, au toit rutilant de Chillon. On visita ses salles souterraines que leurs meurtrières ouvertes presque au ras du Léman emplissent d'une pénombre bleue, où gémirent tant de prisonniers historiques et légendaires, depuis Bonivar jusqu'à Tartarin. Et à l'intérieur même du



château, on se régala d'une collation aussi bonne que copieuse, offerte par les confrères de la région de Montreux et par la Clinique de Mont-Riant.

Après on parcourut la côte tutélaire où tant de pulmonaires viennent en plein hiver abriter leur santé et éteindre leur fièvre, au souffle tempéré d'un éternel printemps. L'atmosphère n'y eut malheureusement pas pour nous sa douceur coutumière, car c'est au travers de multiples averses et de très rares éclaircies que se fit l'excursion. A pied nous vîmes de Chillon à Montreux, d'où le bateau nous emmena sous la tempête à Vevey, sans même nous laisser entrevoir la patrie ni le bosquet de Julie.

Vers la fin de l'après-midi, aux lueurs que le soleil éclaira pour son propre coucher, de puissantes automobiles nous transportèrent sur le **Mont-Pèlerin**. A peu de distance du sommet, on fit halte à la *Clinique de Mon-Repos*, que dirigent nos distingués confrères de Monthet et de Palesieux. C'est la loge la mieux située, à près de 1.000 mètres d'altitude, de l'un des plus beaux théâtres de la nature. La gorge du Valais en est la scène, avec les glaciers pour décors, le bout du lac pour parterre, et pour acteurs les nuages, les rayons et les ombres. Un banquet succulent servi par les soins des cliniques de Mon-Repos et de l'Ermitage et par la municipalité de Vevey, nous attendait dans les vastes salles du Grand Hôtel du Mont-Pèlerin.

Après ce fut au crépuscule la descente féérique dans le gouffre de plus en plus ténébreux, au fond duquel, près des ondes miroitantes, Vevey, la perle du Léman, s'apprêtait à s'endormir. Soudain, pour protéger et parer le sommeil de cette perle, la montagne qui lui sert d'écrin se tendit de velours

auquel les feux de la nuit accrochèrent des broches, des rivières, des épingles de diamants et de rubis. La marche zigzaguant des voitures dévalant à toute vitesse nous éloignait et nous rapprochait alternativement de ces joyaux jusqu'à l'arrivée sur la berge boueuse et sombre du port.

Au sifflement de la sirène, nous vîmes dans le ciel les flammes de Bengale embraser l'hospitalière demeure. Et le bateau pointant sur Lausanne s'élança rapide dans l'obscurité des vagues écumantes.

**LAUSANNE, LE VALAIS, EVIAN.** — Les deux dernières journées dont je ne connais les événements que par ouï-dire furent aussi captivantes que les précédentes et l'hospitalité dont on y jouit fut aussi magnifique.

Lausanne, dont la grâce des escarpements, la hardiesse des silhouettes déchiquetées du château et de la cathédrale et la splendeur du panorama laissent un inoubliable souvenir, retint les congressistes tout le vendredi. Dans l'après-midi, à l'asile de Céry, ils voyaient la démonstration pratique de l'organisation du travail des aliénés que leur avaient exposé le matin dans leur beau rapport nos confrères Demay et Ladame. Le soir, le canton de Vaux et la ville les invitaient à un splendide dîner.

Le samedi matin, un train spécial les emportait dans le Valais. A l'asile de Malévoz, le directeur, notre cher secrétaire général Repond, au nom de sa maison et des autorités cantonales, les restaura des mets les plus savoureux du pays. Il leur montra les beaux succès de ses cures. Et personne n'en fut surpris, car le pauvre Jean-Jacques l'avait prédit en décrivant la belle région : « Je doute qu'au-

« cune agitation violente, aucune maladie de  
« vapeurs pût tenir contre un pareil séjour pro-  
« longé, et je suis surpris que des bains de l'air  
« salubre et bienfaisant des montagnes ne soient  
« pas un des grands remèdes de la médecine et de  
« la morale. »

L'après-midi du même jour, les congressistes, toujours par trains et bateau spéciaux, gagnaient Evian, point de leur dissolution. La Société des Eaux Minérales leur avait préparé une réception somptueuse qu'avec la charmeuse élégance de son esprit et la sincérité de son cœur présida le directeur de la Société, notre confrère Victor Ballet, frère d'un des maîtres les plus illustres et les plus regrettés de la psychiatrie. Ce fut la digne apothéose de ce brillant Congrès.

**LA SUISSE.** — Notre exploration ne dépassa pas le territoire romand. Mais c'est de tous les cantons qu'étaient venus nos confrères pour nous recevoir. Dans l'élan de leur accueil, on ne pouvait les distinguer. D'ailleurs, malgré la différence de langues, tous les Suisses se ressemblent par la communauté d'idéal, comme derrière la diversité de ses paysages, leur patrie est partout la même.

C'est la terre de l'indépendance. Depuis le serment du Grütli, c'est le refrain de liberté que rugit le torrent du glacier, que sifflent les branches de la forêt, que murmure le ruisseau de la plaine et que soupire la corolle des fleurs. Depuis Tell, tous ses hommes sont des tireurs qui ne manqueraient pas un Gessler.

C'est la terre de la vigueur. Garçons et filles y grimpent et y nagent sans jamais se fatiguer. Et tous les marcheurs de l'étranger escaladent ses montagnes.

C'est la terre de la santé. Dans ses villes et dans ses campagnes, elle a construit des ambulances où les malades affluent de tous pays. Ils y trouvent soins éclairés, confort parfait, air pur et contemplations merveilleuses pour attendre la guérison, sans voir venir la mort.

C'est la terre de l'hospitalité. Elle est la mère de l'industrie hôtelière. Pendant la paix, elle donna toujours asile aux persécutés politiques. Durant les années de carnage, elle fut charitable à toutes les misères. Avec un pieux dévouement, elle pansa les blessures des combattants et son indulgence toléra que les lâches vinssent trembler chez elle.

C'est la terre de la rêverie. Car les lacs sont les éclats du premier miroir d'Aphrodite, du miroir qui lui révéla sa beauté naissante parmi l'écume de la mer, et qu'elle rejeta négligente et satisfaite sur le rivage où il se brisa en se liquéfiant. Ils ont conservé la fraîcheur de son haleine, le velouté de son visage, la couleur changeante de ses yeux et le frisson de son sourire. De là vient la caresse qu'on éprouve à les contempler, à cingler sur leur surface, à plonger dans leurs profondeurs. Pendant les nuits sereines, le ciel constellé d'étoiles s'abîme dans leurs eaux, entraînant dans son avalanche forêts, villages et glaciers. Le froid scintillement des astres croise alors les regards brûlants qu'allume l'insomnie dans les cliniques échelonnées sur les versants de la vallée. Et dans ce croisement de flammes s'oppose tragiquement l'indifférence de la Nature éternelle et la passion de l'Humanité éphémère pour la Beauté.

C'est enfin la terre de l'action utile, puisqu'elle nous montre l'exemple à suivre. Respectant toutes les confessions et toutes les cultures, unifiant sans

les confondre plusieurs races en une seule nation, ne menaçant aucun voisin, ne convoitant aucune conquête, marchant pourtant au premier rang du progrès, elle nous prouve que pour souder les cœurs, point n'est besoin du feu de la haine ou de l'envie et que les hommes peuvent s'unir pour quelque chose sans que ce soit contre quelqu'un.



Il y a deux ans, nous rentrions de notre chère Belgique tout frémissants du souvenir du passé tragique qu'elle avait héroïquement vécu aux côtés de la France. Maintenant c'est en songeant à l'avenir avec une inquiète espérance que nous revenons de la Suisse généreuse. Les nations du monde entier s'y sont donné rendez-vous pour collaborer à l'organisation du travail et à l'extermination de la guerre, parmi les hommes. Que sera-ce de leurs efforts ?

Cette oppressante question au retour d'un pays qui par la multiplicité de ses climats et de ses paysages, par le froid polaire de ses Alpes et la chaleur parfois tropicale de ses vallées méridionales, par la violence marine de certaines tempêtes de ses lacs et la fécondité de ses plaines, par la diversité de ses langues et de ses mœurs, est comme une réduction du globe terrestre, nous remet en mémoire l'éloquente invocation de Buffon à la fin de sa première vue sur la Nature.

« GRAND DIEU ! dont la seule présence sou-  
« tient la nature et maintient l'harmonie des lois  
« de l'univers ; vous qui, du trône immobile de  
« l'Empyrée, voyez rouler sous vos pieds toutes  
« les sphères célestes sans choc et sans confusion,  
« qui du sein du repos reproduisez à chaque

« instant leurs mouvements immenses, et seul  
« régissez dans une paix profonde ce nombre infini  
« de cieux et de mondes ; rendez, rendez enfin le  
« calme à la terre agitée ! Qu'elle soit dans le  
« silence ! Qu'à votre voix la discorde et la guerre  
« cessent de faire retentir leurs clameurs orgueil-  
« leuses ! DIEU DE BONTE, auteur de tous les  
« êtres, vos regards paternels embrassent tous les  
« objets de la création ; mais l'homme est votre  
« être de choix ; vous avez éclairé son âme d'un  
« rayon de votre lumière immortelle ; comblez  
« vos bienfaits en pénétrant son cœur d'un trait  
« de votre amour. Ce sentiment divin, se répandant  
« partout, réunira les natures ennemies ; l'homme  
« ne craindra plus l'aspect de l'homme ; le fer  
« homicide n'armera plus sa main ; le feu dévo-  
« rant de la guerre ne fera plus tarir la source des  
« générations ; l'espèce humaine, maintenant affai-  
« blie, mutilée, moissonnée dans sa fleur, germera  
« de nouveau et se multipliera sans nombre ; la  
« nature accablée sous le poids des fléaux, stérile,  
« abandonnée, reprendra bientôt, avec une nou-  
« velle vie, son ancienne fécondité ; et nous, DIEU  
« BIENFAITEUR, nous la seconderons, nous la  
« cultiverons, nous l'observerons sans cesse pour  
« vous offrir à chaque instant un nouveau tribut  
« de reconnaissance et d'admiration ! »

Nulles paroles ne sauraient exprimer plus pathétiquement l'angoisse actuelle de l'humanité. Les prononcer, c'est résumer à la perfection toutes les impressions que rapporte aujourd'hui de Suisse tout voyageur qui a su voir, se souvenir et réfléchir.

Paul COURBON.

---

# OBSESSIONS HALLUCINATOIRES

## LEUR IMPORTANCE POUR L'ÉTUDE DE LA PATHOGÉNIE DES HALLUCINATIONS (1)

Par L. REDALIÉ (Genève)

---

Les *obsessions hallucinatoires* ont été décrites par Ségla en 1892 (2). Elles sont caractérisées par le fait que l'hallucination est provoquée par l'idée obsédante [ce sont les « *secundäre Zwangshallucinationen* » de Lœwenfeld (3)] et par là elles se distinguent des *hallucinations obsédantes* du même auteur. Celles-ci sont en effet des hallucinations d'emblée ayant le caractère des obsessions (« *primäre Zwangshallucinationen* » de Lœwenfeld).

Nous nous occuperons ici seulement des obsessions hallucinatoires qui nous intéressent moins en elles-mêmes que comme un phénomène pouvant éclaircir le problème de la pathogénie des hallucinations.

L'hypothèse de l'excitation d'un centre psycho-sensoriel déterminé comme cause unique des hallucinations paraît tomber de plus en plus en désuétude.

Il semble beaucoup plus probable que toutes les parties de l'écorce présidant aux fonctions psychiques entrent en jeu. C'est ainsi que nous pouvons nous expliquer ce fait commun que l'hallucination trahit d'une façon souvent si évidente l'état d'esprit et les préoccupations du sujet qui en est atteint.

---

(1) Communication faite le 4 février 1926 à la Société médico-psychologique de Genève.

(2) SÉGLA. — De l'obsession hallucinatoire et de l'hallucination obsédante. *Ann. méd.-psycholog.*, 1892, p. 119.

(3) LÖWENFELD. — Weitere Beiträge zur Lehre von den psychischen Zwangszuständen. *Arch. f. Psych.*, Bd. 30, p. 679.

*Heveroeh* (1) s'exprime d'une façon suivante sur cette question :

« Nous savons, dit-il, que tout le processus de l'hallucination se développe dans le psychisme lui-même.

« L'explication des hallucinations par l'excitation ou l'hyperesthésie des centres sensoriels repose sur une supposition psychologiquement erronée ; elle est trop grossière pour pouvoir éclaircir cette fine altération psychique. »

L'hallucination, selon *Claude* (2), est une « extériorisation de la pensée par le mécanisme interprétatif ».

« Il (le malade) ne sait pas, dit *Heveroeh* (3) dans une autre publication, qu'il fournit lui-même le matériel, le contenu de ses hallucinations. »

L'histoire d'un malade atteint d'obsessions hallucinatoires que nous avons eu l'occasion d'observer illustre assez clairement le phénomène de projection ou d'extériorisation de la pensée dans l'hallucination.

Nous en donnons un résumé :

Il s'agit d'un abbé âgé de 43 ans. Suicide probable du père. A part cela, il n'y a rien à noter dans l'hérédité.

Il a fait un long séjour en Australie comme professeur dans un séminaire. Depuis son retour en Europe, il y a une dizaine d'années, il est souvent fatigué, déprimé, incapable d'un travail suivi. Il se trouve en pension chez une vieille dame qui s'occupe de lui comme d'un enfant, pourvoit à son entretien, etc.

Depuis une année, le malade eut plusieurs crises hystéroides au cours desquelles il se jette par terre, pousse des cris et prétend ne plus pouvoir marcher. Il a l'impression, dit-il, que « son cerveau saute ». Comme il demande qu'on lui fasse des piqûres, l'injection d'eau distillée réussit le plus souvent à le remettre sur pieds.

(1) HEVEROCH. — Zur Theorie der Halluzinationen. *Arch. f. Psych.*, Bd. 47, p. 789.

(2) CLAUDE. — Diagnostic et valeur semeiologique des manifestations hallucinatoires. *Journal médical français*, 1924, pp. 169-175.

(3) HEVEROCH. — Ein Beitrag zur psychologischen Analyse der Halluzinationen, Wahnideen und Obsessionen. *Zeitschr. f. die gesamte Neurol. und Psych.*, 7 (1911), p. 114.



Depuis la première crise, le malade a des obsessions : il est poursuivi par l'idée d'avoir eu des rapports sexuels avec les personnes du sexe féminin aperçues ou rencontrées dans le courant de la journée ; ces idées s'accompagnent d'angoisse intense. Le malade reconnaît l'inexistence des faits contenus dans les obsessions, il se rend compte de son innocence ; il se souvient de toutes les circonstances dans lesquelles ces personnes ont été rencontrées et sait qu'il n'a rien à se reprocher. Malgré cette conscience de la réalité, les obsessions (que le malade juge comme telles) lui reviennent sans cesse. « Mon cerveau, dit-il, travaille continuellement et contracte de nouvelles obsessions. » Il a des « ritournelles » (mots obscènes, etc.) qu'il répète toujours et il ne peut s'empêcher de blasphémer.

L'angoisse et le conflit entre les idées obsédantes et sa conscience religieuse deviennent bientôt insupportables ; il refuse la nourriture et ne dort pas malgré les narcotiques. Il se croit damné, éternel pécheur.

Des hallucinations psychiques viennent alors s'ajouter aux obsessions ; le malade entend une voix qu'il qualifie lui-même d'« intérieure » et qui lui demande : « Où as-tu péché ? » — « Ici », répond cette même voix.

Il entend parfois sa propre pensée : « Je suis damné, je suis damné. »

Peu à peu le malade commence à attribuer à son entourage les idées qui l'obsédaient auparavant ; il devient un persécuté : on l'a déshonoré, on imagine qu'il s'est mal comporté vis-à-vis des femmes, il est le bouc émissaire du monde entier. Les voix lui annoncent du Vatican qu'il est damné ; il interprète le chant du coq dans le même sens. Tous les autres malades de la clinique l'accusent d'avoir commis des ignominies. Le personnel raconte dans la chambre à côté de vilaines histoires sur son compte et lit les colonnes de journaux entières qui le concernent (interprétations délirantes).

Une fois il me fit part d'une idée qui venait de traverser son esprit : « J'ai occasionné l'incendie d'un temple. » Quelques instants après, il entendit une voix qui lui reprochait ce crime.

Profitant d'un moment d'inattention, le malade s'est enfui de la clinique pour se rendre compte, avait-il déclaré, si ailleurs il entendrait les mêmes voix, ce qui n'a pas tardé à se produire.

*Obsessions, hallucinations psychiques, hallucinations auditives vraies*, telles sont les trois phases du délire dans l'observation ci-dessus.

La *première phase* est caractérisée par les idées obsédantes sexuelles avec de l'onomatomanie (sous forme de besoin irrésistible de blasphémer), par de l'angoisse accompagnant ces obsessions ; le malade est conscient du fait que les idées qui le poursuivent sont fausses, mais que c'est lui-même qui en est l'auteur (le doute lié à l'angoisse atténue par moments cette conscience).

La *deuxième phase* consiste en hallucinations psychiques qui se présentent sous forme de voix « intérieures » ; celles-ci ont, en partie du moins, le même contenu que les obsessions. Cette phase marque le début de l'extériorisation de la pensée du malade, de son objectivation, de sa « projection en dehors ». En effet, le cachet sensoriel que comporte l'expression « voix » est pour nous une preuve que le malade a une tendance à les attribuer à une cause extérieure.

Dans la *troisième phase*, celle des hallucinations vraies, la présence d'une cause extérieure devient certitude. Là aussi, le contenu des « voix » est en partie le même que celui des deux phases précédentes.

Le fait d'attribuer à son entourage ses propres idées obsédantes est très intéressant au point de vue psychologique : cela a permis à notre malade de se défendre, ce qui était impossible auparavant ; en effet, *maintenant il se plaint* de ce qu'on le déshonore ; « on imagine qu'il s'est mal comporté... » ; « il est le bouc émissaire du monde entier ».

A côté de l'extériorisation lente de la pensée, nous assistons dans notre cas à sa projection presque instantanée : l'idée d'un incendie occasionné par lui se présente comme idée parasite à son esprit ; peu d'instants après, une voix lui lance l'accusation d'avoir mis le feu.

Nous dirons en résumé que malgré l'identité partielle du contenu des obsessions et des hallucinations, notre malade a perdu dans la troisième phase de son délire la conscience du fait que sa propre activité psychique est la vraie cause des hallucinations. Il est pour ainsi dire obligé de croire à la réalité d'une excitation extérieure (Heveroch, *l. c.*).

La coexistence chez le même sujet des obsessions et des hallucinations vraies est considérée comme rare, notamment par *Goldstein* (1), *Rogues de Fursac* (2).

Cependant déjà, en 1895, *Pick* (3) (après *Séglas*) attira l'attention sur l'importance des rapports pouvant exister entre les obsessions et les hallucinations.

Nombre d'auteurs (*Pick* (3), *Séglas* (l. c.), *Lœwenfeld* (l. c.), *Thomsen* (4), *Goldstein* (5), *Trénel* (6), *Larroussine* (7), etc.) publièrent des observations où les obsessions étaient suivies d'hallucinations.

Il est cependant étrange que la plupart de ces malades aient été hallucinés de la vue alors que les hallucinations auditives prédominent dans la généralité des maladies mentales.

Du reste, le caractère même de ces hallucinations visuelles et leur simplicité (taches de sang, tombeau, couteau, image de Christ) nous font croire qu'il s'est agi plutôt de représentations mentales très vives, sans extériorisation complète. *Séglas* (l. c.) et *Goldstein* (1) confirment cette manière de voir.

Si nous faisons abstraction de ces cas, il ne reste qu'un petit nombre de malades atteints d'hallucinations auditives secondaires aux obsessions.

Le malade de *Lœwenfeld* (l. c.), commerçant, était obsédé par l'idée d'avoir volé de l'argent et des objets précieux ; lorsqu'il était occupé à faire ses comptes, il entendait : « Prends donc cet argent, prends donc. »

Une autre malade du même auteur, institutrice, est obsédée par le doute que des objets précieux aient pu être jetés dans le fourneau, d'où différentes impul-

---

(1) GOLDSTEIN. — Zur Theorie der Hallucinationen. *Arch. f. Psych.*, 44.

(2) ROGUES DE FURSAC. — *Manuel de Psychiatrie*, 6<sup>e</sup> éd. Libr. F. Alcan, Paris, p. 570.

(3) PICK. — Ueber Beziehungen zwischen Zwangsvorstellungen und Hallucinationen. *Prager med. Wochenschr.*, 1895, p. 451.

(4) THOMSEN. — Zur Klinik und Ätiologie der Zwangsercheinungen, über Zwangshallucinationen usw. *Arch. f. Psych.*, 44.

(5) L. c.

(6) TRENEL. — Hallucinations obsédantes et obsessions hallucinatoires. *Ann. méd.-psychol.*, 1909, p. 460.

(7) LARROUSSINE. — *Arch. de Neurologie*, 1896.

sions, entre autres celle de ramasser les objets sans valeur. La malade, consciente du ridicule de sa conduite, a peur des moqueries de ses élèves ; elle finit par entendre leurs voix l'appelant par son nom ou disant : « Regardez donc cette demoiselle. »

Dans le premier cas de *Trénel* (l. c.), il s'agit d'« hallucinations purement psychiques (voix intérieures) qui se juxtaposent à l'idée obsédante et finissent par se confondre avec elle ».

Ces observations sont trop brèves et par là insuffisantes pour confirmer notre point de vue sur le mécanisme des obsessions hallucinatoires.

Plus instructive est l'histoire de malade rapportée par *Larroussine* (l. c.) sous le nom de : « Hallucinations succédant à des obsessions et à des idées fixes. »

Il s'agit d'un homme ayant dès sa jeunesse présenté des accidents psychopathiques et dont l'état finit par s'aggraver considérablement. « Le malade craint de blesser les siens ou ses amis ; il s'informe sans cesse s'il n'a rien dit ou rien fait qui puisse être désagréable à quelqu'un. » Puis, « il arrive à s'imaginer qu'il va être accusé de divers crimes... il a dit à un ami de le quitter parce qu'il a envie de le frapper d'un coup de couteau ». L'angoisse devient de plus en plus intense. « On va m'accuser, dit-il, d'être criminel... d'avoir voulu tuer... », etc. A ce moment, il n'entend pas de voix, mais « il est certain qu'on m'imposera le supplice d'être enterré vivant parce que c'est le plus cruel qui existe ». Il finit par entendre creuser sa fosse ; « les voix viennent à l'appui de sa pensée ». Comme il le disait lui-même, ce ne sont plus des suppositions qu'il fait, ce n'est plus une certitude morale qu'il possède ; mais il a une certitude physique. On lui dit : « Tu vas être frappé. » Sa maîtresse lui crie : « Tu as parlé de nos relations ; je t'accuserai d'être un criminel. »

Ensuite les voix deviennent intérieures, elles parlent « par l'esprit » ; alors le malade est moins anxieux.

Après des mois, le délire finit par se guérir, mais l'auteur est sceptique quant au pronostic.

Ce cas présente des analogies avec le nôtre : obsessions, puis hallucinations auditives ayant un contenu partiellement identique. Enfin décroissance du délire

qui passe par la phase d'hallucinations psychiques pour disparaître ensuite.

Un dernier point qui nous intéresse ici est celui-ci : quel est le rôle de l'angoisse dans la transformation des obsessions en hallucinations ?

Selon *Goldstein* (l. c.), l'exagération de l'excitabilité des centres sensoriels sous l'empire de l'anxiété en serait responsable. Nous avons dit plus haut que l'hypothèse de l'excitation des centres sensoriels nous paraît insuffisante pour expliquer ce phénomène.

Pour *Staecker* (1), l'apparition des hallucinations chez les obsédés est due à l'intensité toujours croissante de l'« affect » produisant l'obnubilation de la conscience.

Quelle que soit la façon suivant laquelle l'angoisse exerce dans ces circonstances son action, nous devons reconnaître le rôle important que ce facteur joua dans le cas qui nous occupe. Nous ne pouvons ne pas relever en même temps les modifications de l'affectivité que nous avons observées parallèlement à l'évolution du délire.

Dans la phase des obsessions, l'angoisse fut réelle ; par moments cependant, nous avons l'impression de l'exagération théâtrale de la part du malade. A d'autres moments, l'anxiété était en rapport adéquat avec l'intensité des idées obsédantes.

L'apparition des hallucinations correspond à une période où le malade fut très angoissé. Mais durant la période hallucinatoire elle-même, nous avons assisté, en dehors de l'angoisse qui se manifesta encore par moments, à l'établissement de cette affectivité inadéquate si spéciale aux schizophrènes.

C'est ainsi que tout en paraissant plus calme, le malade s'imagina qu'il n'était plus qu'un cadavre et qu'il se trouvait en enfer. Un jour, alors qu'il prenait son bain, il voulut prouver, en maintenant sa tête longtemps sous l'eau, que sa mort était réelle. Il se promena tranquillement dans le parc malgré la conviction

---

(1) STAECKER. — Zur Genese der Halluzinationen. *Zeitschr. f. die ges. Neur. u. Psych.*, 50 (1919).

qu'aucun de ses organes ne fonctionnait plus, que son crâne était de la pierre et qu'il n'y avait plus de sang dans son corps.

Ainsi donc, l'angoisse céda, en partie du moins, la place à un état d'indifférence relative mal explicable étant donné les idées délirantes terrifiantes poursuivant constamment le malade.

L'extériorisation de la pensée en serait-elle responsable par le fait que grâce à elle notre patient ait pu attribuer à son entourage l'origine des accusations contenues auparavant dans ses obsessions ? — Nous serions tenté d'admettre cette manière de voir si nous n'étions pas convaincu que les variations pathologiques de l'affectivité précèdent les idées (que ce soient des obsessions ou des idées délirantes) et en déterminent même la forme et le contenu.

---

# LA PSYCHOLOGIE DE L'ART MODERNE

Par le Dr Alfred GORDON

Membre associé étranger  
de la Société Médico-Psychologique de Paris (1)

---

En prenant la parole devant cette Assemblée distinguée je tiens d'abord à la désillusionner si elle espère entendre une conférence joyeuse, spirituelle et intéressante, du genre de celles que nous tous sommes habitués à entendre dans cette salle avec tant de plaisir réel. Le sujet dont je me propose de vous parler vous paraît peut-être moins intéressant, parce qu'il est d'un ordre tout à fait différent, mais si vous m'accordez patiemment un peu de votre indulgence, il est possible que vous vous y intéresserez au fur et à mesure que j'avancerai dans le développement de ma thèse. Je désire aussi annoncer que je ne suis pas artiste dans le sens strict du mot. Je suis médecin, mais de ceux qui s'occupent spécialement des maladies nerveuses et mentales; par conséquent, de ceux qui s'occupent des activités humaines dans leurs relations avec fonctions supérieures du cerveau. La manière de penser, de sentir et d'agir, la conduite humaine, les relations de l'une à l'autre, les motifs majeurs dans nos actions, — tels sont quelques chapitres parmi tant d'autres, qui font partie de mes occupations professionnelles. Or le sujet dont j'ai l'honneur de vous entretenir, est un de ceux qui entrent dans la catégorie de mes observations journalières, d'autant plus que, pour moi, l'art dans toutes ses formes est toujours une source de plaisir enthousiaste. Je traiterai donc le sujet du point de vue purement psychologique.

---

(1) Conférence faite à la Réunion de l'Alliance française de Philadelphie le 18 janvier 1926.



Pendant des siècles l'Art jouissait d'une immunité incontestable. Il en était de même non seulement pour l'Art, mais aussi pour l'Histoire des Religions, la Science, le Droit Humain, les Lois, la Musique. Lorsque les protestations contre l'ancien état des choses ont commencé à paraître, le mécontentement a pris de telles proportions et son retentissement fut si considérable que dans quelques cas les conséquences en furent presque révolutionnaires. Il suffit, par exemple, de se rapporter à l'époque et à l'histoire de Luther, au progrès des actes judiciaires, etc. Le mouvement progressif dans l'Art a subi la même évolution et le même destin. Nous y voyons un esprit de protestation contre l'ancien ordre établi et contre les anciennes idées de l'art. En effet, c'est une protestation contre l'idée que l'imitation est l'art, contre l'idée que la technique est le but où tout effort doit s'arrêter et que le plaisir de l'art est celui de la passion. Qui, par exemple, oserait déclarer ou même penser que Bouguereau, Lefèvre ou Meissonnier n'étaient pas éminemment supérieurs, et que nulle personne artiste ne pouvait les surpasser ? Pourtant il est indéniable que jusqu'aux temps les plus récents le peintre n'étudiait rien que l'aspect. L'art, comme toute autre création humaine, ne peut pas rester immobile, mais il doit subir les lois de l'évolution. Le grand philosophe Bergson dit que le caractère de l'évolution ne consiste pas dans le choix d'une route spécifique, mais, qu'au contraire, elle trace et saisit des directions partout où elle peut, plutôt que d'avoir en vue la fin des événements et des choses.

En étudiant l'Art Moderne du point de vue purement psychologique (et c'est une conception entièrement personnelle), j'éprouve des sensations particulières grâce auxquelles j'ai développé les idées suivantes : Personne n'a le droit de rendre ses perceptions esclaves par l'imitation des surfaces. Au contraire, l'on doit accorder à sa propre imagination une étendue et un espace sans frontière, les idées doivent être libérées de l'esclavage. La nature ne doit plus être envisagée



d'une façon directe, mais aussi de tous ses côtés, au-dessus et au-dessous, à droite et à gauche. Les idées universelles doivent être examinées d'un point de vue plus vaste et plus libéral, ce qui peut être accompli en cherchant principalement les sources des émotions subconscientes. La beauté seule dans l'art ne satisfait plus notre âme ; elle ne doit plus monopoliser nos désirs, mais ce sont l'exactitude, la précision et la fidélité, autrement dit, la vérité elle-même qui doit y prédominer. Ceci ne peut être accompli que par la suppression de l'habillement conventionnel. Cézanne, par exemple, était un reclus qui cherchait l'essence de l'aspect naturel (ce qui est précisément le reflet d'un grand esprit). Plus que Rembrandt et Velasquez, dont les peintures possèdent le même réalisme, mais sans photographie, Cézanne donne la sensation du réel. Plus que chacun de ces deux peintres, il supprime tout ce qui n'est pas absolument essentiel, mais, à l'aide de moyens techniques nouveaux, il réussit à imprimer un sens de profonde fidélité à différents aspects des choses, ce qui est caractéristique du grand art. Sa perception de l'essentiel et du signifiant le rend capable d'introduire une qualité monumentale dans la vie ordinaire. Il possède la capacité d'incorporer dans la forme les sensations abstraites et les valeurs humaines que l'on voit dans les objets et dans les événements de la vie journalière. Il les a dotés d'un mystère pénétrant, d'une puissance et d'un charme qui les font mouvoir, qui les rend essentiels et beaux.

Grâce à ces moyens purement plastiques et spécialement au plus difficile d'eux, c'est-à-dire à la couleur, Cézanne a créé une forme de la plus forte conviction et du pouvoir, ce qui le range parmi les plus grands peintres de tous les âges. En rejetant tout ce qui n'est pas absolument nécessaire pour dessiner, il suivait les pas de Michel-Ange, dont il appliquait les contorsions aux desseins et aux usages nouveaux. De Velasquez il apprit la méthode de simplification. Mais en lui la contorsion et la simplification se perdent dans sa « technique impressionniste », ce qui le rend radicalement nouveau et originel dans l'histoire de la peinture. Parmi

toute une série d'artistes du genre de Cézanne, nous pouvons mentionner Gaughin, Matisse et Picasso. Le premier aussi écartait et repoussait le conventionnel dans l'art. D'après Matisse, l'expression dans l'art ne se trouve point dans la passion présentée par la face, mais par la disposition totale du tableau. Il condense les points significatifs du corps en cherchant des lignes essentielles. Son travail peut être caractérisé comme l'art de l'équilibre ou de la tranquillité. Dans les travaux de Matisse nous voyons des idées fondamentales sans embellissement, des idées non développées exactement comme un bébé dans son berceau, idées qui sont pleines de possibilités, idées qui marchent progressivement vers la perfection. Prenons, par exemple, sa conception de la danse ; vous y voyez les gens lourds, pesants et maladroits, s'amuser avec abandon. Bien qu'il n'y ait pas de rythme dans leurs mouvements, néanmoins, chacun d'eux, individuellement, est animé de sensations de plaisir ; chacun est émotionnel et démontre la présence d'une énergie qui est continuellement stimulée par la musique rythmique. Tout l'ensemble est privé de moindre embellissement extérieur. Matisse travaille pour ainsi dire émotionnellement, mais pas à l'aide de ses facultés intellectuelles. Des travaux semblables nous trouvons chez quelques autres artistes. Picasso, par exemple, est un du genre de Matisse et de Cézanne. Dans ses caractères expressifs de lignes, dans la qualité de la couleur et dans sa manière d'application l'expression psychologique prédomine. Comme dans les peintures des autres artistes, nous voyons dans des contorsions, dans la tendance apparente de dénaturer les objets une analyse imaginative ou une dissociation d'un objet en ses éléments plastiques, aussi leur recombinaison ou leur reconstitution dans une forme nouvelle qui diffère en apparence de l'objet originel, mais qui représente une personnification ou une incarnation de ses qualités plastiques. La contorsion mentionnée, plus haut, n'est pas faite contre nature ; elle est tout à fait conforme et compatible avec le but imaginatif de l'art. La dissociation d'un objet en ses plans constitutifs produit quelquefois une forme ou

un modèle bien plus intéressant qu'une interprétation naturaliste ne pourrait jamais espérer accomplir. En considérant l'art de Picasso du point de vue psychologique nous pouvons dire que son art représente une grande sensibilité et une fertilité plutôt qu'une recherche réfléchie, déterminée et bien dirigée d'une conception esthétique individuelle. Personnellement je pense qu'en présentant un tableau l'on ne doit pas s'intéresser à ce qu'il représente, mais aux sensations qu'on éprouve en l'étudiant et en l'analysant. Une peinture a plus de caractères communs avec un morceau de musique qu'avec une photographie en couleurs. L'art ne doit à notre avis reconnaître aucune autorité, mais seulement la vérité. Son but n'est ni pour plaire, ni pour flatter, ni pour choquer, mais exclusivement pour exprimer de grandes émotions. Dans ce sens j'ai l'habitude d'appeler la peinture et la sculpture « musique visuelle », et comme dans la musique l'art exprime les sensations non troublées par l'association des idées ou par des fonctions intellectuelles. L'art a pour objet d'exprimer les sensations d'une manière intellectuelle abstraite. L'art plastique et la musique moderne sont cousins germains. Ligne, couleur ou forme sont toutes employées comme symboles, comme signes.

Les expressions symboliques ont caractérisé nos ancêtres pendant très longtemps. Au fur et à mesure que la civilisation se développait et se répandait dans différents pays, les emblèmes et symboles furent remplacés par des descriptions littéraires. Mais malgré le progrès dans la manière d'exprimer les idées, les actions et sensations de l'homme furent et resteront toujours le résultat des processus cachés en nous, et leurs expressions extérieures seront toujours sous la dépendance et l'influence des forces subconscientes. Les symboles des anciens, la peinture, la sculpture, la musique, l'Art en général sont tous et toutes les manifestations extérieures de la voix subconsciente que nous possédons tous. C'est précisément l'ensemble de ces forces cachées, que nous appelons en Psychologie « l'Affectivité », qui en réalité forme la base de la personnalité ; c'est elle qui contrôle toutes nos actions.

Nous agissons sous l'influence de la douleur ou du plaisir, et l'affectivité c'est-à-dire forces cachées, produite par ces sensations, dirige nos réflexions apparemment logiques. Godfernaux dans son livre intitulé « Le Sentiment et la Pensée » dit : « La logique d'un sentiment se conforme aux nécessités profondes de l'existence plutôt que les lois froides et rationnelles de l'association des idées ; l'affectivité est la force dominante ; les idées ne sont que ses sujets. » Un autre psychologue suisse, Yung, est d'avis que toute idée qui envahit notre personnalité même de la façon la plus ferme, peut être inhibée et arrêtée par l'affectivité, et plus fortes sont les forces subconscientes, plus rapidement seront créés des troubles dans les pensées et dans l'action. A mon avis, la subconscience est une caisse de résonance pour les émotions et les sentiments, une source d'énergie pour les instincts et les passions ; images, idées, associations s'y amassent pour être utilisées au moment propice par l'être conscient.

Dans la musique, ainsi que dans la peinture et la sculpture, que j'ai le plaisir d'appeler la « musique visuelle », la puissance singulière et l'intensité spéciale proviennent ou naissent de ses forces et des processus cachés ou subconscients, c'est-à-dire de la vie invisible, mais cependant réelle, de l'âme, du rêve au milieu des rêves, des voix secrètes, des forêts, des cieux et des eaux. L'artiste entend toujours la voix de la lumière. Pulsations ou trémulations des ondes, les zéphyrs aromatisés de l'air, le passage lent et solennel des nuages du ciel, les sons mystiques, l'expansion des eaux etc. etc., tous ces phénomènes et des milliers d'autres qui sont reproduits sur la toile ou par les sons de la musique, — sont tous exemplés de l'effet le plus puissant de notre monde subconscient qui est riche d'émotions de toute sorte et de toute variété ; ils touchent le mystère de la vie et les aspirations, les désirs, les sympathies de l'homme vivant. Ils ne sont pas en principe simplement descriptifs ou pittoresques, mais au contraire subtils, pénétrants ; ils représentent un effort d'évoquer la contre-partie ou le revers de toutes ces choses et leur reflet dans la conscience humaine.

La représentation d'une figure ne doit pas avoir en vue simplement un homme ou une femme dans son entourage ; mais, cette figure doit participer dans le mouvement de l'Univers, elle est un épitome ou un aperçu de l'Univers ; autrement dit, principes ou forces doivent être exprimés dans l'objet de l'art. Un véritable artiste dans le sens le plus vaste du terme est maître de la beauté cachée et des paroles inexprimables. Son travail est toujours plein de suggestions et d'intimations rapides, silencieuses et muettes qui s'élèvent au-dessus des paroles. Un semblable artiste est doué d'émotions dans lesquelles il trouve ses inspirations. Il n'a pas besoin d'avoir recours à des subterfuges, mais il s'efforce de créer des émotions pareilles chez les autres.

Après avoir exposé les principes, les motifs et l'état d'âme des artistes en général et particulièrement des créateurs de l'art moderne, tels que Cézanne, Matisse et Picasso et malgré mon admiration profonde pour les derniers, je vous demande la permission de vous en présenter une petite critique qui me paraît justifiable. Je n'ai point besoin de réitérer ici ma première déclaration, c'est-à-dire la discussion qui va suivre aussi bien que l'analyse que je viens de faire, sera considérée seulement et uniquement du point de vue psychologique. L'art entier doit reconnaître des opportunités dans trois directions : le corps matériel, l'âme et l'esprit. Celle qui concerne le corps seul contient la vérité scientifique ; si elle s'associe l'âme, elle considère l'individu ; si elle fait un pas plus loin et s'associe l'élément spirituel, — elle s'épanche. Telle est la construction et la fonction que je me suis fait de l'art réel. L'école moderne à mon avis repousse la première partie, elle affaiblit la seconde partie en la réduisant aux possibilités enfantines, mais elle considère la troisième partie, c'est-à-dire le spirituel, comme un sujet entier ou total. Dans mon humble opinion personnelle, l'équilibre du pouvoir dans l'empire de l'art se trouve dans l'association des trois éléments, dans la triple alliance. La race humaine a toujours été grossièrement matérielle. L'art ne peut point changer ou avancer par

culbutes, mais seulement par des tendances saines dans l'évolution progressive. Certaines personnes sont attirées par les éléments extérieurs d'un sujet; d'autres par ses caractères spéciaux; d'autres par les éléments spirituels qui gouvernent les caractères physiques; d'autres encore trouvent satisfaction dans les sensations abstraites produites par des figures géométriques, telles que cubes, triangles, etc. L'art moderne par conséquent sert la psychologie de l'homme à l'aide de son propre code de signes et des symboles, et tout ce qui est esthétique est congédié et parfois même abandonné. Autrement dit, le langage de l'art moderne est principalement symbolique. C'est précisément le symbolisme qui a provoqué tant de critiques amères et tant d'insinuations presque profanes. Ces critiques hostiles, comparent les artistes de la nouvelle école aux aliénés en disant que si les symboles sont essentiellement caractéristiques des aliénés (ce qui est vrai), ces artistes-là, sont possédés de la démence. Aux yeux de quelques-uns, l'art moderne est un réflexe comique du bolchévisme. Le même état d'inquiétude et d'agitation qui a donné naissance à une fantastique théorie politique en Russie, se révèle ici dans les formes nouvelles de la peinture, de la sculpture, de la poésie et de la musique. D'après eux, le démon de l'inquiétude a déchargé une pensée perversie et l'a répandue à travers toute la structure sociale de la vie humaine. D'après ces critiques, ces peintres, sculpteurs et compositeurs de musique appartiennent à une école fantastique, dont le but n'est que la publicité et l'amour du désordre et de l'égarement, et pour cette raison, ils doivent être incarcérés dans les asiles comme les aliénés sans espoir. Nous trouvons la même suite de pensées chez tous les critiques. A vrai dire, une telle manière de voir, n'est point une critique sérieuse; ce ne sont que remarques sarcastiques d'hommes dont l'imaginaiton n'est peut-être pas très fertile ou bien profonde. Si l'on adopte une position impartiale et si l'on prend en considération la profession de foi des victimes des critiques injustes, on est obligé d'admettre que leur prétention principale est de dédaigner

l'imitation, de glorifier l'originalité et avec un esprit vierge d'exprimer la nature humaine, dont les forces subconscientes gouvernent nos actions, sentiments et sympathies. Dans leurs travaux nous voyons des suggestions, des indications, des inductions et des déductions au lieu de la réalité. Ces artistes sont pour ainsi dire nouveau-nés et ne forment qu'une anse ou l'un des anneaux de la chaîne perpétuelle et interminable de tous les travailleurs. Malgré les quelques traits faibles que nous avons indiqués dans les pages précédentes, ils doivent être admis sans la moindre idée préconçue dans la famille des travailleurs de l'art, puisque, comme tous les autres, ils tâchent de présenter la vérité dans sa nudité attirante. La vie est avant tout une question de sensations et de sentiments. L'art sous n'importe quelle forme, classique ou moderne, n'est qu'un fragment de la vie, riche en sensations, rendu fortement visible à l'aide de l'esprit créatif de l'artiste. Pour cette raison je crois que la vie et l'art sont synonymes. Dans l'un et l'autre l'activité est le résultat de l'influence réciproque des forces subconscientes et conscientes. Ce n'est que par cette manière d'envisager les deux qu'on peut résoudre le mystère apparent de tout ce qui se passe autour de nous et en nous-même. L'école moderne de l'art et de la musique comprend des individus qui envisagent l'art et par conséquent la vie même d'une manière spéciale. Commandés par leur monde subconscient ils expriment les deux sous une forme un peu différente de celle qui est considérée comme classique. Ce n'est pas une raison sérieuse, et j'ose dire intelligente, de les classer parmi les bolchevistes dont l'idéal est perverti et anormal du point de vue physiologique, ou bien parmi les aliénés qui sont symbolistes. Ces artistes-là ont le droit d'existence et le droit de cité parce que leur profession de foi est l'expression de tout ce qui est vrai scientifiquement et psychologiquement.



Mesdames et Messieurs, je viens d'analyser brièvement, devant vous, certains faits assez intéressants

pour attirer votre attention sur une forme spéciale de travail artistique. J'ai tâché de vous démontrer que, comme toute autre activité de talent, ce travail n'est qu'une expression de la vérité, une expression qui n'est pas le résultat d'un caprice du cerveau, mais qui a pour base des données solides dans le domaine psychologique, c'est-à-dire des données de nature émotionnelle, que tous nous possédons à degrés différents, données qui jouent le plus grand rôle dans notre vie journalière. Je n'ignore pas le fait que bien des artistes professionnels de l'école soi-disant classique n'approuveront point ma manière de voir. Je m'incline devant leur savoir supérieur, si seulement dans leurs critiques ils restent sur un terrain purement technique. Mais si vous vous rappelez ce que j'ai dit plus haut, à savoir, que notre conduite, nos actions et nos expressions sont le résultat de l'influence réciproque des forces subconscientes et conscientes, vous verrez tout de suite que les travaux de l'Ecole Moderne dans le domaine de l'art ont leur raison d'être et qu'une critique basée exclusivement sur l'apparence extérieure n'est pas sérieuse et n'est pas juste.

Avant de conclure cette étude quelque peu succincte, je demande votre permission de faire ressortir un autre point d'importance. J'ai en vue la connaissance du subconscient, c'est-à-dire des forces cachées en nous que le moi conscient ne voit pas et dont il est en même temps forcé de reconnaître l'existence. Je prends la liberté de vous engager à les étudier, à les approfondir, car elles possèdent le plus grand pouvoir de diriger, de contrôler et d'influencer toutes nos activités dans la vie en général, non seulement dans l'Art. Les forces émotionnelles jouent un rôle prédominant dans toutes nos actions. Ceux, dans cette Assemblée, qui sont déjà au courant de ces problèmes psychologiques me pardonneront, j'espère, de leur avoir indiqué des éléments scientifiques si élémentaires.

En conclusion je dirai que tout artiste nous fait voir les choses comme elles sont. Il emmène l'Univers chez nous sur une base de représentations naturelles, mais pas sur un fondement de convoitise ou de cupidité, de



peur ou de domination. Au lieu d'imiter les philosophes qui, à l'aide de l'analyse et de la synthèse nous tourmentent par leurs dissertations sur le but et sur la justification de la vie, sur la signification du phénomène singulier et en même temps douloureux qui s'appelle l'Existence, l'artiste, de son côté, saisit un fragment de cette existence et nous dit : « Me voilà ; je vous présente une vraie justification de l'existence humaine, dont vous pouvez voir la cruauté et l'horreur, non plus dans leur nudité répugnante, mais, au contraire, dans la beauté de la vision ; et encore, tous les maux et la fureur, toutes les choses qui sont laides et banales dans cette existence misérable, j'ai le pouvoir de les convertir en bijoux brillants. Quant à moi, je vois dans les efforts de l'artiste le visage de l'Univers exactement comme la face d'une belle femme souriant au travers de ses larmes. Telle est la conception que je me suis faite de l'Art en général.

---

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

SÉANCE DU LUNDI 26 JUILLET 1926

Présidence : M. SOLLIER, Président

MM. Collet et Courbon, membres correspondants, assistent à la séance.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — La correspondance manuscrite comprend : une lettre de M. le D<sup>r</sup> Tretiakoff, qui demande à faire partie de la Société en qualité de membre correspondant. Une commission est nommée composée de MM. Claude, Toulouse, René Charpentier, rapporteur ; une lettre de M. Bussard, secrétaire, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ; des lettres de MM. Cénac et Montassut qui remercient la Société de les avoir élus membres correspondants ; une lettre du D<sup>r</sup> Moll, de Berlin, invitant la Société à se faire représenter au 1<sup>er</sup> Congrès international pour l'étude des questions sexuelles, qui se tiendra à Berlin du 10 au 16 octobre 1926.

En raison du nombre très restreint des membres qui assistent à cette séance, la dernière avant les vacances, et en regrettant d'avoir été prévenue aussi tard, la Société se voit dans l'impossibilité de répondre à cette invitation.

## Les faux délires

Par le D<sup>r</sup> P. COURBON

Sous ce titre on peut réunir tous les faits susceptibles de fournir prétexte à des erreurs de diagnostic en donnant une apparence délirante à des affirmations qui ne sont pourtant que l'expression rigoureusement exacte de la réalité. Le récit incriminé paraît être à première vue la construction imaginaire d'une logique viciée. Mais le contrôle des faits nous apprend qu'il est la reproduction fidèle de ce qui existe réellement. Cette étude se bornera aux seuls faux délires de persécution, c'est-à-dire aux seuls cas de plaintes ayant un fondement réel quoique parfois peu évident.

Ces cas doivent être séparés en deux catégories suivant la présence ou l'absence de manifestations pathologiques véritables surajoutées.

I. Le premier groupe de ces faux délires de persécution se rencontre chez des MALADES MENTAUX, au cours ou à la fin d'un accès psychopathique. La condition première de ces faux délires réside dans la mentalité pathologique du malade lui-même qui provoque les réactions hostiles de son entourage.

a) Le premier type est fourni par certains *maniaques* ou plutôt certains *hypomaniaques*. Ils accusent leurs parents ou leurs amis de leur en vouloir, de leur faire sans cesse des avanies, de les traiter d'imbéciles, de leur infliger des démentis, de leur mesurer le manger et le boire, de les suivre dans la rue, etc. Or toutes ces accusations ont une base vraie. Mais ces procédés plus ou moins coercitifs ne sont que la réponse normale aux extravagances du malade. Les médecins insuffisamment versés en psychiatrie ne les identifient pas comme tels, et bien souvent le malade est envoyé à l'asile avec le diagnostic erroné de délire de persécution.

b) Un deuxième type, beaucoup moins fréquent, est fourni par les *asthéniques*. Ces états de dépression sans

délire n'appartiennent pas à la mélancolie vraie, justement parce qu'ils ne comportent pas de délire. Les auteurs les rangent suivant des vues doctrinaires, soit dans la psychose maniaque dépressive, soit dans l'asthénomanie ; les incompetents les appellent neurasthénie. Frappé d'inhibition dans son activité motrice et intellectuelle, le sujet qui ne déraisonne pas et reste inactif avec toutes les apparences de la santé est pris pour un paresseux. Et lorsqu'il déclare au médecin qu'à la maison on le traite de fainéant, on lui reproche sa nourriture, on empêche ses frères et sœurs de le fréquenter, on le honnit comme la honte de famille, il ne délire pas, mais dit la stricte vérité.

C'est grâce à la méconnaissance de ces faux délires, qu'a pu s'édifier, à une époque où l'on ne distinguait pas les états mélancoliques vrais des états asthéniques, la théorie fantaisiste de la psychose systématisée toujours secondaire à une psychose généralisée. D'après la théorie proposée par Tanzi et Riva, tout délirant systématisé a dans ses antécédants personnels ou héréditaires, au moins un accès de manie ou de mélancolie (1).

c) Un troisième type est fourni par les *amoraux* : alcooliques, toxicomanes, affaiblis, prédéments. L'alcoolique réticent guéri de l'accès confusionnel ou onirique pour lequel on l'interna, qui veut le nier, explique l'internement par la malveillance des voisins. Depuis longtemps, ils lui en veulent, l'empêchent de trouver du travail par le mal qu'ils disent de lui, excitent sa femme et ses enfants contre lui, ne répondent pas à ses saluts, lui adressent des gestes de mépris. Tout cela est vrai. Ce sont manifestations assurément peu charitables mais bien compréhensibles du dégoût de l'homme normal et travailleur, pour le vice.

II. Le second groupe de faux délires de persécution se rencontre chez des GENS NORMAUX qui ont effectivement à subir des persécutions véritables de la part de

---

(1) ANGLADE. — Rapport de Psychiatrie sur les délires systématisés secondaires au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Marseille.

l'entourage. C'est en dehors du sujet chez lequel on constate le faux délire, que siège sa condition. Celle-ci réside toute entière dans l'agressivité anormale de la mentalité d'autrui.

Aussi dans tous ces cas, le faux délire ne s'accompagne-t-il et n'a-t-il été précédé d'aucun symptôme morbide. Dans les cas précédents au contraire, il se compliquait de signes de manie, d'asthénie, ou d'amoralité.

a) Le premier type a sa condition dans la perversité *taquine* de l'entourage. Les chevaliers de la désœuvrance décrits par Balzac dans la *Rabouilleuse* persécutaient littéralement les paisibles bourgeois d'Issoudun. J'ai eu dans mon service, à quelques mois d'intervalles, deux pauvres diables de la campagne, internés pour un faux délire de persécution, dont j'ai publié l'observation sous le titre de « Le Ridicule et la Folie » (1). Ils étaient en effet affligés l'un et l'autre d'une laideur ridicule qui attisait la méchanceté des mauvais drôles du pays. Après avoir porté plainte plusieurs fois et l'avoir toujours retirée sur la prière de leurs persécuteurs qui promettaient de ne plus recommencer, ils se virent refuser par le commissaire l'admission d'une nouvelle plainte. Désormais l'audace des méchants plaisants ne connut plus de bornes ; railleries, injures, brimades, coups, ne cessèrent de s'abattre sur eux que le jour où les victimes se défendirent à coups de couteau. On n'osa pas traduire en justice des hommes qui de notoriété publique n'avaient fait que se défendre contre des cruautés imméritées. Le médecin du pays porta le diagnostic de délire de persécution et ils furent placés à l'asile. Ils ne se plaignirent pas de cette décision, car ils étaient timides et d'un niveau intellectuel pas très élevé, mais bien suffisant pour vivre aisément en liberté.

b) Le deuxième type a sa condition dans l'*autoritarisme* de l'entourage. M. Janet (2) a décrit chez

---

(1) COURBON. — Le ridicule et la folie. *Rev. de Psych.*, 1914.

(2) JANET. — *Les médications psychologiques*, tome II.

certain psychasthéniques sous le nom d' « autoritarisme », une manie de commander qui les pousse à tyranniser les personnes assez douces pour ne pas résister. Mme Ew..., que cite l'auteur, est une femme de 45 ans qui ne peut vivre avec personne, qui cherche constamment à faire des scènes violentes à sa fille, qui surveille toutes les portes de l'appartement pour que personne n'approche de cette fille, qui critique toutes les actions dont elle entend parler, attaque toutes les personnes qui l'approchent, car elle se figure toujours qu'on empiète sur elle. Il est bien certain que lorsque l'on raconte ce que l'on subit en vivant auprès de tels êtres on ne délire pas, car ils sont de vrais persécuteurs. Il y a aussi un autoritarisme par manie de la perfection qui sévit de même façon sur les inférieurs. Il n'est pas très rare chez certaines femmes directrices de quelque entreprise, que leur affectivité empêche de juger impartialement les capacités d'un employé antipathique.

c) Le troisième type a sa condition dans une autre forme beaucoup moins connue que les précédentes de la mentalité de l'entourage. Cette mentalité que l'on pourrait appeler *énigmatique*, a pour caractère essentiel non pas le besoin de taquiner, ni celui de tyranniser, mais le souci d'organiser les événements de façon à diriger sournoisement la conduite d'autrui. Toutes les actions de ces gens dissimulant quelque manœuvre, sont des énigmes que l'on doit déchiffrer pour connaître leur intention véritable. C'est généralement pour un but basement utilitaire, pour grappiller de médiocres avantages que les individus ainsi doués emploient leur inquiète activité. Cependant on trouverait des traits de cette mentalité chez de grands politiques comme Louis XI et Machiavel.

Hantés par la poursuite de leur propre intérêt et anxieux de toute concurrence, ils ne veulent absolument rien laisser au hasard, n'ont jamais rien de spontané, ni de fantaisiste, ne font jamais rien que d'intentionnel. Leurs paroles, leurs gestes, leurs silences, sont destinés à vous escroquer tel jugement,

telle réflexion, telle décision, telle hésitation, telle disposition d'humeur qui leur seront des indications pour agir, des aubaines à exploiter, des arguments à utiliser immédiatement ou plus tard. Pour détourner votre attention, pour l'aiguiller sur des pistes qui ne couperont pas la leur, ils organisent des rencontres, ils arrangent des scènes, ils montent des surprises que l'on croit fortuites, et où l'on joue sans le savoir le rôle de dupe.

L'un d'eux vous tend la main gauche, s'excusant d'avoir la droite immobilisée par un paquet, c'est pour avoir prétexte à déclarer que vous lui avez meurtri les doigts en les serrant contre son alliance. L'alliance l'amène à parler de bijoux. Et parlant de bijoux, il vous apprend que sa femme possède un cercle en or, dont elle n'est plus enthousiaste. Justement votre propre femme a raconté à d'autres personnes de qui il le tient indirectement, qu'elle aimerait à acheter un tel cercle si elle en trouvait un d'occasion. La tension de la main gauche n'avait d'autre but que de vous engager à lui proposer l'achat, afin de retirer lui-même un plus grand bénéfice de la vente d'un objet qu'il n'a pas l'air d'offrir. — Se promenant avec un collègue, il se baisse plusieurs fois pour rattacher son soulier. Il maudit les chaussures à lacets, vente les bottines à bouton et encore mieux les sandales comme celles que l'on porte à la mer. Mettant alors la conversation sur le terrain des vacances, il apprend sans le demander ouvertement, l'époque à laquelle vous comptez prendre les vôtres. Et il en profite pour vous devancer, au cas où il veut prendre les siennes à la même époque. — Un matin il laisse tomber de sa poche l'*Action Française*. Il vous remercie, faisant un abondant éloge des rédacteurs de cette feuille. Et deux jours après il vous prie de le recommander à un de vos amis, camelot du roi, qui peut lui être utile. — Vous le surprenez un jour au tournant d'une place haranguant sa famille sur la beauté du pays, sur l'espoir qu'il a d'y finir ses jours, et d'y être enterré. Vous croyez assister aux effusions d'une parfaite sincérité. En le quittant, on vous

annonce qu'il fait des démarches pour obtenir son déplacement. — Une autre fois il s'étonne de rencontrer un collègue, lui déclare aller de ce pas chez le directeur pour telle affaire et l'invite à l'y accompagner pour avoir le plaisir d'être ensemble plus longtemps. L'autre refuse, la question indiquée ne l'intéressant pas. Il fait donc sa visite tout seul, expédie l'affaire annoncée et demande aussitôt pour lui un avantage auquel le collègue avait plus de droits que lui. Plus tard il protestera de sa bonne foi, invoquera la proposition qu'il fit au confrère de l'accompagner chez le directeur et mettra sur le compte du hasard le bénéfice qui n'est que le fruit de ses laborieux calculs.

Cette tournure d'esprit est une espèce de dissimulation. C'est une tromperie, plus à l'aide de manœuvres que de mots. Ce n'est pas la pratique du mensonge qui dépose dans l'esprit d'autrui, des faussetés toutes fabriquées. C'est le recours à une maïeutique qui fait accoucher les esprits dans l'erreur. En somme c'est une dissimulation retorse et manœuvrière qui laisse se fourvoyer les autres sur des embûches, plutôt qu'elle ne les trompe directement. Elle se garde toujours une échappatoire, permettant au dupeur d'arguer de son innocence et de rejeter sur les dupés eux-mêmes toute la responsabilité de leur erreur. C'est l'inverse de la mentalité paranoïaque, puisqu'elle n'abandonne en effet rien au hasard, que chacune de ses démarches recouvre réellement une intention cachée et que tout ce qu'elle fait est véritablement truqué.

A vivre à côté d'un tel individu, on acquiert soi-même des habitudes paranoïaques, obligé que l'on est de se demander constamment : « Pourquoi m'a-t-il dit cela ? A quoi veut-il en venir ? Que signifie cette visite ? Quel piège me tend-il ? » On pourrait donc donner à cette mentalité l'épithète de paranoïagène, si ce mot n'était pas si difficile à prononcer. La personne qui m'a fourni quelques-uns des exemples ci-dessus, pris sur un de ses collègues, a de par ses fonctions administratives des accointances avec le service des aliénés de son département. Elle possède de ce fait d'assez solides connais-



sances en psychiatrie et me faisait cette réflexion : « J'en arrive parfois à douter de ma santé mentale et à me demander si je ne suis pas en train de devenir persécuté, à vouloir toujours chercher le sens caché des actions de mon collègue. Et pourtant l'expérience prouve toujours qu'elles n'ont jamais le but réel qu'elles paraissent avoir. »

### CONCLUSIONS

Les faux délires sont des affirmations rigoureusement conformes à la réalité des faits, mais qui ont une apparence délirante, parce que ces faits ne sont pas immédiatement évidents. Dans le faux délire de persécution, l'hostilité dont se plaint le sujet est réelle, mais elle a sa condition soit dans la mentalité pathologique du sujet lui-même, soit dans la mentalité anormale des gens dont il se plaint.

1. Le faux délire, conséquence indirecte de troubles mentaux du sujet, est l'expression de la réaction défensive d'individus normaux contre la conduite d'un aliéné. 1° Le maniaque est réellement opprimé par ceux qui veulent s'opposer à ses extravagances ; 2° le déprimé asthénique est réellement injurié par ceux qui prennent pour de la paresse son inhibition ; 3° l'amoral est réellement méprisé par ceux qu'indigne ses vices. Dans tous ces cas, le faux délire s'accompagne ou est précédé de symptômes psychopathiques véritables : agitation, incohérence, dyspsychie, hypothy-mie, confusion, onirisme, obtusion intellectuelle ou affective.

II. Le faux délire, conséquence de la mentalité persécutrice de l'entourage, est l'expression de la réaction agressive d'individus plus ou moins pervers contre un individu plus ou moins inoffensif. 1° Les taquins persécutent réellement ceux qu'ils choisissent pour victimes ; 2° les autoritaristes tyrannisent réellement ceux qui n'osent pas résister à leur manie de commandement ; 3° Les énigmatiques exigent de leur entourage une gymnastique interprétative de leurs faits et

gestes qui rappelle les procédés paranoïaques, pour permettre la découverte de leurs intentions véritables. Dans tous ces cas le faux délire ne s'accompagne d'aucune autre manifestation à allure pathologique.

### DISCUSSION

M. BRIAND. — Il est exact qu'on prend les récits de certaines personnes pour des délires. Le plus difficile c'est quand le malade utilise dans l'élaboration d'un délire des faits exacts. Souvent comme le remarque M. Courbon des *minus habentes* passent pour des persécutés. Mais ces choses-là ne sont pas de « faux délires », ce sont des faits vrais pris pour des inventions délirantes. Ce n'est pas le délire qui est faux, c'est le diagnostic du médecin.

M. DE CLÉRAMBAULT. — On pourrait dire « apparence de délire ».

M. GUIRAUD. — M. Courbon a-t-il observé souvent des individus assez calculateurs et tortueux pour faire passer leurs voisins pour des paranoïaques. Je crois que la réaction habituelle, quand on est en désaccord avec son prochain, est de s'attribuer mutuellement une série de manœuvres hostiles inexistantes.

M. TRÉNEL. — La tendance à la mystification et à la rouerie est bien connue. Il suffit de rappeler l'affaire d'Angèle Laval.

M. G. DE CLÉRAMBAULT. — Je crois qu'il faut se méfier de l'esprit des collectivités. Souvent la lâcheté individuelle puise son courage dans le groupement. Il y a des naïfs, intelligents, persécutés par un groupe. Je crois réel le type des « énigmatiques ». Ces individus sont pleins d'initiative, très calculateurs ; on éprouve un certain malaise à se trouver avec eux. J'en ai connu un pour lequel aucun événement n'était sans importance, mais il était assez euphorique, bon vivant, non paranoïaque. Je me demande si souvent ce caractère machiavélique — pathologique par le manque de franchise — n'est pas presque toujours lié à la paranoïa.

Louis XI était paranoïaque. Mais on rencontre la tendance « énigmatique » même chez certaines jeunes filles qui ont constamment un piège tendu à l'interlocuteur. Parmi les hystériques accusatrices que j'ai observées il y avait ce trait de parler toujours avec une arrière-pensée.

Une personne que j'ai connue était toujours en train de manœuvrer, calculer, surprendre, mais sans hostilité ni désir de nuire. Elle appartenait au type des mystificateurs. Il y a des mystificateurs méchants, joviaux, redresseurs de torts. J'en ai connu un qui par ses mystifications faisait la caricature des personnages en vue en exagérant ce qu'ils avaient dû faire. Il leur donnait ainsi des leçons.

M. COURBON. — Comme le fait remarquer M. Briand, le terme de « Faux Délires » n'est pas parfait pour désigner les faits étudiés ici, mais il semble être le plus approximatif. De même l'épithète « énigmatique », ne synthétise pas tous les caractères des individus visés, notamment l'activité calculatrice incessante que les exemples de M. de Clérambault mettent bien en évidence, mais elle n'est pas inexacte. S'il est vrai que les débiles mentaux sont les plus fréquentes victimes des taquins, comme l'affirme M. Briand, il arrive parfois que des êtres de beaucoup supérieurs à leur milieu soient, comme le dit M. de Clérambault, persécutés par lui, ce qui justifie la phrase d'Ibsen dans « Un ennemi du peuple », « les majorités ont toujours tort ». On doit, ainsi que le conseille M. Guiraud, se méfier beaucoup de l'éventualité d'une mentalité paranoïaque véritable chez les individus qui accusent quelque membre de leur entourage de leur tendre constamment des pièges, mais ainsi que le prouvent les nombreux exemples apportés par les autres orateurs, l'existence du type que je me suis efforcé d'individualiser sous le nom de mentalité énigmatique est certaine. Resterait à envisager les divers caractères qui peuvent éventuellement se surajouter à elle, comme notamment celui des mystificateurs signalés avec raison par MM. Trénel et de Clérambault.

## Automatisme mental. Délire spirite et spiritisme

Par M. Paul SCHIFF

Nous avons en ce moment l'occasion d'observer dans le Service de Prophylaxie mentale une femme, atteinte de psychose hallucinatoire chronique, qui s'est trouvée mêlée à des milieux spirites. Les troubles cénesthopathiques et les idées délirantes de la malade l'ont prédisposée à accorder créance aux affirmations spirites sur l'existence de forces surnaturelles, connues seulement des initiés. Son délire en a pris la forme particulière décrite sous le nom de délire spirite. Les délires spirites, les délires médiumniques ont été abondamment étudiés (1) et à ce point de vue notre malade n'apporte rien de nouveau. Ce qui nous a intéressé dans ce cas, c'est qu'il nous a permis d'entrer en relation avec certains spirites qui se prétendent doués de facultés particulières, dons de « clairvoyance » et de « clairaudience ». L'un d'eux, un jeune homme qui mène une vie professionnelle normale, très satisfait de l'occasion de prosélytisme que nous lui offrons, a accepté de vous être présenté et exposera lui-même quelles sont ses impressions quand il entre en état de transe. Il nous a paru qu'il valait de montrer à quel point certaines des idées d'influence accusées par notre malade hallucinée et les idées de prémonition exposées par notre spirite sont similaires. Ces deux catégories de faits nous paraissent également ressortir aux états hallucinatoires que M. de Clérambault analyse depuis

---

(1) On en trouvera la bibliographie dans les ouvrages de DUHEM : Contribution à l'étude de la folie chez les spirites (*Thèse de Paris*, 1904) et de Marcel VIOLLET : Le spiritisme dans ses rapports avec la folie (*Bibliothèque de psychologie expérimentale et de métapsychie*, Blond, éditeur, Paris, 1908) et dans les articles de LÉVY-VALENSI : Spiritisme et folie (*Encéphale*, 1910, p. 696), de DIDE, PEZET et MIRC : Délires systématisés. Forme psycho-motrice. Variété spirite (*Annales Médico-psychologiques*, 1920, p. 269), et de WIMMER : La folie médiumnique (*Encéphale*, 1923, p. 9).

plusieurs années et réunit sous le nom d' « automatisme mental », alors que le professeur Claude les fait entrer dans son « syndrome d'action extérieure ».

OBS. I. — Mme V. L., 37 ans, couturière, est venue consulter depuis le 5 juillet 1926, au Dispensaire de Prophylaxie mentale parce que depuis dix-huit mois environ, elle n'est plus maîtresse de sa pensée ni de ses actes. Des voisins, qu'elle désigne nommément, lui envoyaient à travers les murs des ordres qu'elle était obligée d'exécuter sous peine de ressentir des douleurs dans le ventre et des sensations désagréables dans les organes génitaux. On lui suggérait des pensées qu'elle réprouve, comme celle d'avoir des relations sexuelles avec son fils, on l'obligeait à accomplir certains actes, à arpenter par exemple plusieurs fois le trottoir en face de sa maison avant de rentrer chez elle. Ses persécuteurs l'avaient prise comme sujet d'expérience, la magnétisaient. Ils connaissaient sa pensée avant elle, ils lui prenaient ses idées, les changeaient dans des idées contraires. Pour échapper à ses persécuteurs elle alla à la consultation de l'hôpital Lariboisière d'où on l'envoya dans le service psychiatrique de l'Hôtel-Dieu. Elle y fut traitée par M. Lévy-Valensi, mais quelques semaines après les voix imposèrent à son esprit qu'elle devait sortir de cet hôpital où sa vie était en danger. Elle se rendait bien compte, en effet, dès ce moment, qu'elle était douée d'un pouvoir particulier. Ses douleurs « déchargeaient » les autres malades et à force de prendre sur elle leurs misères elle craignait de tomber gravement atteinte.

A sa sortie de l'hôpital elle était fort irritée, allait faire du scandale devant le domicile de ses prétendus persécuteurs. Une amie lui conseilla de se rendre, pour se faire « démagnétiser », à la « Maison des Spirités, fondation Jean Meyer, rue Copernic ». Ce vaste Institut, centre des associations spiritistes françaises, filiale de l'Union Spiritiste Internationale et siège de la Bibliothèque de philosophie spiritualiste, est abondamment subventionné par des mécènes influents. Notre malade y fut bien accueillie et les faits qu'elle y entendait rapporter, les phénomènes bizarres décrits devant elle lui firent comprendre que les persécutions subies par elle avaient un sens : elle était un médium doué de pouvoirs surnaturels, ceux de prendre à son compte les maladies d'autrui, de connaître par

avance les maladies et, d'une façon plus générale, une grande partie des événements à venir.

Au cours d'une de ces séances spirites Mme L. fit la connaissance de M. X., jeune spirite qui tout à l'heure va se présenter devant vous. M. X. pensa d'abord que notre malade était un sujet véritablement doué de facultés médiumniques. Il essaya de l'hypnotiser, exécuta au-dessus de sa tête à diverses reprises des passes magnétiques, voulut lui imposer sa pensée, la lui faire lire dans un verre d'eau. Notre malade demeura rebelle à ces suggestions et M. X. conclut que les facultés médiumniques de Mme L. étaient illusoires et que ses prémonitions étaient fausses.

Mme L. n'a donc retiré aucun bénéfice de ses tentatives spirites ; elle reporte même sur son magnétiseur les accusations qu'elle lançait contre ses voisins ; à la Maison des Spirites on s'est servi d'elle comme médium. Mais si elle reste persuadée d'être un sujet d'expériences aux mains d'individus multiples, elle commence à admettre la possibilité que ces tourmenteurs sont des êtres supra-naturels et elle envisage plutôt le bénéfice de l'état nouveau dans lequel elle se trouve, elle s'enorgueillit de sa lucidité extraordinaire, de son pouvoir de divination. Elle assiste à des réunions théosophiques ; elle se rend, « pour être étudiée », à l'Institut Métapsychique de l'avenue Niel (établissement qui serait reconnu d'utilité publique et subventionné par l'Etat). Un médecin de cet institut l'envoie à la consultation du Dispensaire de Prophylaxie mentale.

Dans le service on constate chez elle :

1° des hallucinations vraies : hallucinations cénesthopathiques, hallucinations génitales, hallucinations olfactives (odeurs d'éther) ; 2° un automatisme mental très actif : écho de la pensée, devancement de la pensée, énonciation de la pensée, énonciation d'actes, vol de la pensée, divination de la pensée d'autrui (1), illusions de prémonition, intuitions variées ; 3° un délire spirite apparu secondairement à la fréquentation des milieux spirites et qui est basé sur ces intuitions : don du sacrifice universel (elle prend sur elle toutes les maladies), pouvoir de prédiction (elle a prévu le dernier accident de chemin de

(1) Cf. HEUYER et LAMACHE. — Le symptôme de la « divination de la pensée ». *Comptes rendus du XXIX<sup>e</sup> Congrès des aliénistes et neurologistes*, 1905, p. 197.

fer, tous les récents événements politiques, etc... ; elle pourra dire à chacun de nous ce qui lui arrivera) ; 4° peut-être un léger affaiblissement intellectuel, caractérisé surtout par des interprétations niaises et les idées de grandeur qui forment maintenant la base de son délire ; 5° des néologismes variés : on la force à « voyonner » (à voir l'avenir d'une personne) ; on la traite de « vaselineuse » (pour lui faire comprendre qu'il entrera dans le service une malade atteinte d'une maladie de peau), etc...

Le cas de Mme L. appartient bien, on le voit, au type de la psychose hallucinatoire progressive telle que Magnan l'avait schématisé. On y retrouve les différentes phases d'inquiétude et d'analyse, puis d'hallucinations et de persécution, enfin les idées de grandeur caractérisent peut-être, malgré la courte durée apparente de l'évolution, un début d'affaiblissement intellectuel. A ce stade les idées délirantes de la malade ont pris la forme d'un délire spirite, avec illusions de clairvoyance et prophétisations.



Obs. II. — Le spirite que nous vous présentons maintenant a en commun avec notre malade qu'il s'estime doué de pouvoirs surnaturels : divination du passé, prévision de l'avenir. Ce sont les phénomènes que les spirites dénomment « clairvoyance » ou « lucidité » (1).

Il s'agit d'un jeune homme de 23 ans, M. X..., qui s'adonne aux pratiques spirites depuis un an et demi environ. D'idées très avancées, secrétaire d'un club de jeunes gens affiliés à un parti politique, il organisait des causeries hebdomadaires sur des sujets divers et fit appel un soir à un orateur qui donna une conférence sur les sciences psychiques. Cette conférence le troubla profondément, il devint presque instantanément un occultiste convaincu et cette conviction nouvelle, cette croyance en des forces surnaturelles l'amena à faire l'abandon de ses opinions politiques d'extrême-gauche, le rapprocha des partis « pour lesquels la religion existe ». Il se mit avec ardeur à l'étude des sciences occultes.

---

(1) Cf. D' GELEY. — *De l'inconscient au conscient*. (Bibliothèque de philosophie scientifique. Alcan, éditeur, Paris, 1911).

On peut, d'après lui, définir l'occultisme comme la synthèse de toutes les sciences et de toutes les religions. Il n'est donc pas étonnant que les sciences occultes aient été illustrées par les plus grands noms de l'humanité : depuis Bouddha, Krishna et Rahna, depuis Moïse, Orphée, Pythagore et Platon, jusqu'à l'enseignement christique de Jésus, la lignée s'étend ensuite des Manichéens et des Gnostiques à Balzac, Leconte de Lisle, Eliphas Lévi, Saint-Yves-d'Alveydre, et le D<sup>r</sup> Encausse en passant par Van Helmont, Pic de la Mirandole, Descartes, Jacob Boehme, le comte de St-Martin et ses martinistes, Cagliostro, Swedenborg et cent autres.

M. X... parcourut, nous dit-il, de façon complète, le cycle normal et nécessaire de l'occultisme. Du magnétisme et de l'hypnotisme il passa à l'étude comparée des religions. Il se documenta rapidement, au point de vue théorique, sur l'astrologie, l'alchimie, l'homéopathie et la médecine des sympathies. Il arriva enfin, par la physiognomonie, la chiromancie, la phrénologie et la science des nombres à l'occultisme pratique, aux sciences magiques : théurgie, clairvoyance, lévitation et spiritisme.

M. X... est encore néophyte en matière de spiritisme. C'est en une seule occasion qu'il a eu la certitude d'avoir parlé avec un mort : un député socialiste fort connu qu'il avait approché il y a quelques années. Pour le moment il se contente de développer en lui le pouvoir de clairvoyance prémonitoire. Les sciences occultes n'ont, d'après M. X..., qu'un but : le développement de la personnalité humaine et en particulier l'étude des facultés qui dorment en chacun de nous, des sixième et septième sens que tous les hommes possèdent et que bien peu savent mettre à profit : le sens des visions et des auditions extra-terrestres, la clairvoyance et la clairaudience, sens dont le siège est la glande pinéale.

Un entraînement rapide rendit M. X... capable d'utiliser ces facultés spéciales et les cercles spirites confirmèrent ses dons de clairvoyance. Reçu dans des salons très recherchés, il put étonner ses interlocuteurs par la divination des événements de leur vie passée, il put leur prédire l'avenir, les mettre en garde contre des malheurs qui, sans lui, eussent été inéluctables : il put agir sur la destinée. Nous détachons des notes abondantes qu'il nous a remis les passages principaux.

« On appelle clairvoyance : la faculté pour le cerveau d'accepter une idée comme véridique avant d'avoir eu le



temps de l'examiner. La clairvoyance est affaire d'entraînement. Par la méditation d'abord vague, puis consciente et voulue, on arrive à la concentration de la pensée et enfin à l'absence de pensée. L'esprit est alors en état de repos, les manifestations ordinaires de la pensée sont suspendues, je fais silence dans mon cerveau pour laisser la pensée libre, et la prévision s'impose malgré moi à mon esprit. Cet état s'accompagne en général de fatigue. J'ai le cerveau vide, je ne puis plus trouver des impressions courantes et durant les périodes où je pratique avec intensité mes exercices de clairvoyance, j'ai une abolition presque complète de la puissance sexuelle. »

La clairvoyance se manifeste quand je suis dans cet état de « préparation ». [M. X..., pour des raisons qu'il n'a pas pu nous expliquer, n'admet pas les expressions : état second ou état de transe]. « Je cause avec quelqu'un de choses et d'autres, et tout à coup une image, ou un son, ou une idée s'imposent à moi, qui souvent ont trait à une autre personne se trouvant dans un autre endroit de la pièce. J'interromps brusquement la conversation commencée, car je sais brusquement que ce qui va être dit par moi n'est plus pour mon interlocuteur mais pour l'autre personne. Il se fait dans mon cerveau un travail en dehors de moi, une force extérieure, qui est peut-être un esprit ou un être fluïdique, m'impose une perception, me souffle ce que je vois et ce que j'entends. Je pourrais résister à cette suggestion, mais je m'y sou mets parce que cela me fait plaisir et me permet de montrer mes dons. Je puis deviner ainsi des choses dont je ne soupçonnais pas l'existence. »

« Ce travail intérieur se fait de plusieurs façons : devant mes yeux je vois une forme humaine ou un objet nettement dessinés, formes douées d'un relief atténué, formes transparentes, n'empêchant pas de saisir les objets réels qui se trouvent derrière eux.

— ou bien ces objets ne sont visibles que les yeux fermés, ils se présentent à moi par la vision intérieure et je suis prévenu que je les verrai parce qu'auparavant, alors que j'avais les yeux ouverts, l'idée de ces objets s'était imposée à moi. Par exemple un chiffre s'impose à mon esprit sans raison intelligible ; à cet instant si je ferme les yeux le chiffre est comme photographié dans l'obscurité. Si je change le cours de mes idées, le chiffre reste. Si j'ouvre les yeux et que dans une conversation je m'efforce de chasser cette vision, je suis ma conversation

et cependant le chiffre reste intérieurement dans mon crâne.

— ou bien une idée non concrétisée par une forme s'impose à mon esprit. Exemple : dans un salon, sans raison aucune, m'adressant à une dame, je lui dis : « Vous avez l'appendicite à l'état chronique. » C'était exact. Je le savais, l'idée avait frappé mon cerveau de façon imprévue. Notre conversation n'était nullement médicale et surtout j'ai interrompu une conversation avec une tierce personne pour me tourner vers cette malade. J'avais la certitude de ne pas me tromper. J'étais souriant, buvant une tasse de thé.

— ou bien un malaise s'impose, qui est significatif et d'ailleurs facile à interpréter : mis en présence d'une personne qui mourut plus tard d'un kyste au poumon, j'eus une sensation très nette d'étouffement.

— ou bien un son apparaît, lointain, avec le timbre intérieur d'un morceau de musique qu'on cherche à se remémorer. Cela n'entre pas par l'oreille, c'est comme si le corps tout entier baignait dans le son. »

« Les sensations de prémonition sont en général complexes. C'est ainsi que, dans un salon, je me vois forcé de quitter tout à coup mon interlocuteur et de m'adresser à une dame inconnue en lui disant : « Roger, aviation, Nancy, G., accident. » Les mots : Roger et aviation s'imposaient à mon esprit, sans adjonction d'images. La lettre G apparaissait devant moi inscrite en l'air, que j'eusse les yeux fermés ou ouverts, et quand je fermais les yeux, je voyais vaguement, en outre, une foule, comme autour d'un accident. Or le fils de cette dame était aviateur à Nancy. S'il avait eu un accident, elle en eût été prévenue par un de ses cousins habitant Nancy et dont le nom commençait par un G. Sur mes conseils elle retira son fils de l'aviation. »

En ce qui concerne notre malade, Mme L..., nous notons que chez elle le délire spirite est un délire secondaire, apparu chez une aliénée à la suite de fréquentations spirites auxquelles l'avaient poussée ses hallucinations. Le spiritisme ne peut être rendu responsable de sa maladie mentale, il lui a seulement donné sa forme particulière.

Alors que certains auteurs, comme Pierre Janet, Grasset, Henneberg, trouvent le plus souvent chez les

médiums et spirites une « diathèse hystérique », notre cas montre au contraire les rapports de la psychose de Magnan et de la folie spirite, il indique avec quelle facilité les symptômes de cette psychose peuvent être utilisés pour un délire spirite. On a déjà noté que, dans la psychose hallucinatoire chronique la réaction de persécution n'est pas obligatoire, elle dépend de la constitution du sujet (1). La bienveillance naturelle de notre malade, sa débilité mentale et sa suggestibilité lui ont fait accepter très rapidement, après quelques séances de spiritisme, l'explication métapsychique de forces surnaturelles. Ces forces, elle en avait été jusqu'alors la victime ignorante ; à les connaître, elle acquerrait un pouvoir surnaturel, elle restait une victime, mais c'était une victime élue. Elle a commencé par avoir un délire qu'on pourrait appeler de sacrifice, par réunir en elle toutes les souffrances d'autrui, par aller au-devant de ces souffrances, par prévoir leur venue. Le délire de divination et de prédiction a succédé ainsi au délire de sacrifice.

Telle pourrait être, croyons-nous, la genèse de ce délire spirite. Une autre preuve de la parenté qui existe entre certains signes de la psychose hallucinatoire chronique et les phénomènes spirites nous est donnée par les affirmations du spirite, M. X., que nous vous avons présenté.

Cet homme, à la vie aventureuse et qui témoigne lui aussi d'une grande suggestibilité, mène actuellement une existence normale, il travaille et gagne sa vie sans difficultés et sans heurts. Les sensations qu'il décrit s'apparentent nettement, cependant, aux symptômes que M. de Clérambault étudie depuis plusieurs années sous le nom d'automatisme mental et dont il vient de donner récemment une analyse détaillée (2).

---

(1) SÉRIEUX et CODET. — Un délire de persécution bienveillante (*Société Médico-psychologique* du 29 octobre 1923) et, in discussion, G. DE CLÉRAMBAULT.

(2) DE CLÉRAMBAULT. — Psychoses à base d'automatisme (*La Pratique médicale française*, mai 1925 et juin 1926).

Nous avons longuement décrit, d'après les propres expressions de M. X..., les impressions éprouvées par lui quand il est en état de transe : on reconnaîtra facilement leur similitude étroite avec l'automatisme mental analysé par M. de Clérambault. L'état de vide cérébral dans lequel se trouve M. X... au cours de ses séances de prémonition est décrit par lui de façon superposable aux phénomènes d'inhibition, d'interférence et d'anidéisme négatif que M. de Clérambault note chez ses malades. De même les visions de M. X... sont « plates, aériennes et transparentes, inactives, dénuées de tout rapport avec la pensée du sujet », comme les visions de ces malades. La télépathie, la clairvoyance, la médiumnité ne sont assimilables qu'en partie à des hallucinations au sens strict du mot ; l'étude approfondie de l'automatisme mental apportera certainement des éclaircissements sur les divers phénomènes dits de métapsychie.

Ces analogies remarquables font qu'on peut avoir quelque légitime inquiétude au sujet de l'avenir mental de M. X... On doit souhaiter pour lui que, s'ils évoluent, les symptômes accusés par lui prennent la forme de ce « syndrome d'action extérieure » (1), que le professeur Claude distingue comme une forme moins sévère de la psychose hallucinatoire chronique (2).

### *Exposé des théories du spirite*

#### DISCUSSION

M. SOLLIER. — Les lettres que vous voyez ont-elles quelque chose de symbolique ?

*Le Spirite.* — Une fois j'ai vu une ellipse. Voici comment j'interprète affectivement cette apparition : la terre décrit autour du soleil une ellipse, elle est tantôt

---

(1) Prof. Henri CLAUDE. — Sur les divers types de psychoses hallucinatoires chroniques (*Progrès médical* du 5 avril 1924, p. 2-9).

(2) Travail du Service de Prophylaxie mentale, Dr Toulouse.

rapprochée tantôt éloignée du soleil (périhélie, aphélie). En même temps je pensais à une personne qui tantôt se rapprochait, tantôt s'éloignait de moi.

M. SOLLIER. — Quelle impression avez-vous éprouvée quand vous avez vu des fantômes pour la première fois ?

*Le Spirite.* — J'ai cru avoir une hallucination. Mais j'avais déjà fait de l'occultisme, je me suis rendu compte qu'il ne s'agissait pas d'un phénomène pathologique.

M. Sollier, Président, déclare la vacance d'une place de membre titulaire de la Société.

La séance est levée à 18 h. 30.

*Un secrétaire des séances,*  
GUIRAUD.

---

# ANALYSES

---

## LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

---

### NEUROLOGIE

M. MARCHAND: Traumatismes du cerveau. (in *Traité de Médecine de Roger et Vidal*, T. XIX, 30 p.).

M. Marchand a écrit pour le *Traité de médecine* de Roger et Vidal le chapitre des traumatismes du cerveau. C'est une excellente mise au point où les vues d'ensemble s'unissent aux finesses des détails cliniques. Il est difficile d'analyser un travail aussi condensé et écrit dans un but didactique ; nous ne pouvons en indiquer que les grandes lignes.

M. Marchand étudie successivement les syndromes commotionnels, l'épilepsie traumatique, et l'encéphalite aiguë traumatique non suppurée. Il a largement utilisé sa pratique de la guerre et a pu donner les résultats d'une expérience chèrement acquise dans la mêlée. On perçoit à chaque ligne le reflet des choses vues.

Pour ne parler que de la description des troubles mentaux, il admet comme type commun de l'état mental des commotionnés, la confusion mentale qui peut présenter la forme de confusion aiguë à type amnésique, la forme stupide, plus rarement la forme agitée. Il admet la démence précoce et la mélancolie post-commotionnelle comme rares et plutôt dues à la prédisposition. Il insiste sur la difficulté, dans certains cas, du diagnostic avec la paralysie générale.

Dans l'épilepsie traumatique, il insiste spécialement sur l'étude du *temps de latence* qui dépasse rarement une année (0,37 pour 100), notion qui a une grande importance au point de vue médico-légal. A signaler aussi l'étude des équivalents, épilepsie larvée traumatique.

Particulièrement intéressante est l'étude très neuve, de l'encéphalite traumatique non suppurée. S'étendant le plus

longuement sur l'anatomie pathologique, M. Marchand décrit les foyers d'encéphalite immédiatement consécutive au traumatisme, et l'encéphalite aiguë tardive, celle-ci apparaissant parfois à une date éloignée et réclamant une grande réserve dans le pronostic, dans des cas en apparence au début très favorables.

M. TRÉNEL.

Neurologie, par le Dr Aug. TOURNAY (in *Les Consultations Journalières*, 1 vol. in-16, 312 pages, G. Doin, édit., Paris 1926).

Ce livre n'est pas un manuel de Neurologie. Il a pour but très clair et très méthodique d'exposer aussi succinctement, mais aussi explicitement que possible les décisions thérapeutiques auxquelles doivent aboutir, dans la pratique journalière, les consultations de neurologie.

Le lecteur est censé connaître la manière dont on s'informe des divers symptômes, dont on recherche les divers signes objectifs. Il est censé connaître aussi dans leurs grandes lignes l'anatomie, la physiologie et la nosographie neurologiques.

Dès lors, après des conseils généraux sur la conduite des examens et des traitements, après des précisions techniques sur diverses petites interventions, ponctions et injections, il trouvera un exposé méthodique des décisions à prendre à l'égard des diverses affections nerveuses.

Pour chacune sont rappelées, dans une description très claire, les principales caractéristiques cliniques grâce auxquelles le diagnostic s'établit et les informations pathogéniques qui servent de base au traitement. Les conseils thérapeutiques sont rédigés en détail, comme au cours des consultations. Aussi, dans ce petit livre, la partie thérapeutique acquiert-elle une ampleur qui ne lui a été accordée dans aucun traité.

Grâce à un plan original sont dégagés de l'ensemble et mis en vedette quelques-uns des grands syndromes et quelques-unes des grandes causes d'affections dont l'importance est prédominante.

C'est ainsi que la *douleur* est l'objet d'une étude particulièrement bien ordonnée, suivant sa répartition, son point d'origine et sa cause, d'où orientation exacte des traitements.

De même, des indications d'ordre général sont fournies

sur les accidents nerveux d'origine circulatoire et d'origine syphilitique.

Les développements donnés à la description des syndromes d'hypertension et d'hypotension intra-cranienne seront de la plus grande utilité. « Combien, dit l'auteur, atteints de tumeur cérébrale ou de tabes au début, ont dû de n'être point laissés pour neurasthéniques ou rhumatisants, de ne pas devenir aveugles ou infirmes, à la rencontre d'un médecin éclairé et patient.

Il est impossible de faire tenir plus de choses en si peu de mots. En éclairant les médecins, cet excellent guide leur montrera qu'il ne faut pas oublier par découragement de traiter les maladies nerveuses, mais savoir tirer partiellement parti des multiples ressources de la thérapeutique neurologique actuelle.

## PSYCHIATRIE

Les services ouverts dans les Asiles, par le Docteur M.-Th. LACROIX-DUPOUY, *Thèse de Paris*, 1926. — Jouve et Cie, Editeurs.

Le travail inaugural de Mme Lacroix-Dupouy expose en détail le fonctionnement de l'hôpital psychiatrique moderne dont le type est en France, le service ouvert du Docteur Toulouse à Sainte-Anne. Ce service comprend un dispensaire, un service social avec visites à domicile, des salles d'hospitalisation et d'observation et enfin des laboratoires.

La conception théorique n'en est-elle pas nouvelle. Elle est une survivance de l'Ancien Régime. Au XVIII<sup>e</sup> siècle, les Asiles bien organisés possédaient : la force, des bâtiments de demi-liberté et de liberté. A cette époque, les philanthropes étaient d'ailleurs plus électiques que nos partisans actuels du service ouvert car ils plaçaient dans les bâtiments de liberté deux catégories de malades : les « pensionnaires libres » ou « de bonne volonté » entrés sans lettres de cachet et ceux qui, bien que placés par ordre, étaient assez calmes et inoffensifs pour partager la vie libre des pensionnaires de bonne volonté. Tels étaient les règlements de la Charité de Senlis ou de la Maison de Charenton que le ministre Pontchartrain appelle « une Maison ouverte » (1710). Aujourd'hui ce mélange n'est plus admis : c'est la loi de 1838 qui l'a interdit. Certains médecins voudraient qu'on le tolérât de nouveau. Au fond cette question a peu d'importance. Ce qui fait la répugnance du malade, et



surtout de sa famille, pour le Service Fermé d'Asile, c'est l'absence de confort et de moyens thérapeutiques qu'on y a généralement associée. Dotez l'Asile d'Aliénés d'agréables salles à manger, de luxueuses salles de réunion, décuplez les crédits destinés au traitement, à l'entretien, aux distractions, au personnel, multipliez les laboratoires, et la fameuse tare de l'internement disparaîtra d'elle-même. Il est inutile pour cela de changer la loi ; il suffit de savoir l'interpréter largement. Il ne manque à l'Asile que d'être un hôpital spécialisé et bien agencé.

On ne peut donc que s'associer au vœu de Mme Lacroix-Dupouy quand elle souhaite voir proscrite « la conception désuète de l'asile-geôle ou garderie d'aliénés ». Le Docteur Toulouse a réussi à obtenir les crédits suffisants pour édifier à Paris son hôpital psychiatrique moderne au sein du vieil Asile Sainte-Anne, espérons que cette impulsion généreuse aura un lendemain, qu'elle se renouvellera un peu partout en France et nous permettra bientôt de rivaliser avec certaines nations voisines sur lesquelles nous sommes en retard de quelque cinquante ans.

Tous les médecins des Asiles ne sont-ils pas décidés, malgré les obstacles, à provoquer dans les établissements qu'ils dirigent si activement un bouleversement salutaire de l'Assistance des Aliénés ?

P. CARRETTE.

**Du déséquilibre neuro-végétatif dans certaines épilepsies**, par le Docteur Jean SIZARET, *Thèse de Paris*, 1926, Amédée Legrand, Editeur.

Des recherches de M. Sizaret, on peut conclure que les accidents épileptiques sont accompagnés d'une crise hémoclasique caractérisée par la leucopénie et l'inversion de la formule leucocytaire.

Les autres caractéristiques du déséquilibre neuro-végétatif sont moins constantes. Certains épileptiques au moment des crises ou des équivalents ont de l'hypervagotonie ; à la fin des crises, de l'inversion du tonus ; dans les périodes intercalaires une hypervagotonie relative.

Comment interpréter ces faits ? M. Sizaret, en s'appuyant sur les recherches physiologiques récentes, suppose que les crises sont liées à des phénomènes de choc ou à des intoxications conditionnées dans leur apparition par le déséquilibre neuro-végétatif. L'augmentation de la susceptibilité cor-

ticale serait fonction de l'hypervagotonie observée et l'action de certains agents thérapeutiques serait ainsi liée à leur influence excitante sur le parasympathique.

P. CARRETTE.

Contribution à l'étude des formes paranoïdes de la paralysie générale, par le Docteur Suzanne SERIN, *Thèse de Paris*, 1926.

Sous le nom de formes paranoïdes de la Paralysie Générale, Mlle Serin décrit une variété clinique dont les troubles mentaux sont caractérisés, d'une manière assez continue, par un délire relativement coordonné. L'état mental rappellerait celui de la démence paranoïde. Le diagnostic de cette sorte de combinaison clinique est entouré de grosses difficultés.

On connaît le polymorphisme de la syphilis cérébro-médullaire. Chez les sujets tabétiques, les rapports de causalité entre les troubles médullaires et les signes mentaux s'établissent rarement avec certitude.

Pratiquement le problème se pose de trois manières:

1° Une paralysie générale survient chez un délirant systématisé ;

2° L'encéphalite débute d'une manière aiguë avec des idées délirantes qui se systématisent ensuite plus ou moins ;

3° Un délire onirique éclate chez un paralytique général et le reliquat post-onirique évolue sur un fonds dementiel: forme décrite récemment et imputée à la malariathérapie.

Mlle Serin conclut très prudemment que ces états délirants ne sont pas — ne peuvent pas être — spécifiques, et qu'ils évolueraient aussi bien sur tout autre terrain dementiel que sur celui de la paralysie générale, mais qu'ils sont favorisés par une atténuation du processus paralytique.

P. CARRETTE.

---

# SOCIÉTÉS SAVANTES

---

## Société clinique de médecine mentale

Compte rendu de la Séance du 19 Juillet 1926

Présidence de M. LEROY, vice-président

**Erotisme et tabo-paralyisie générale sénile**, par M. J. SIZARET. — Il s'agit d'un malade de 70 ans présentant de l'affaiblissement intellectuel caractérisé surtout par des troubles de la mémoire, des troubles du jugement, quelques idées de satisfaction, et manifestant un érotisme très marqué dans les actes et les paroles. Signes physiques et biologiques de syphilis du névraxe. S'agit-il d'une paralyisie générale sénile, d'un affaiblissement sénile chez un tabétique ou à la fois d'un tabes et d'une paralyisie générale chez un sénile ? L'auteur penche plutôt vers ce dernier diagnostic.

**Délire commun de persécution chez deux frères grecs macédoniens**, par MM. COURBON et MIQUEL. — Délire banal de persécution à deux, dont tout l'intérêt réside dans le pittoresque des réactions provoquées par la mentalité ethnique des deux héros. Incultes et puérils, peureux et obséquieux, grandiloquents et exubérants, ce ravaudeur et ce savetier sont en tous points comparables aux Macédoniens du roman de « Sous l'Œil des Dieux ». Fuyant les cruautés turques et pensant faire fortune à Paris, ils se ruinent en spéculations stupides et en privations excessives. Puis ils interprètent leurs misères et le délabrement de leur santé comme l'effet de la haine des banquiers, contre lesquels ils s'efforcent d'ameuter peuple et autorités.

**Un type de morphinomane**, par M. CLERC. — L'auteur présente un morphinomane intoxiqué depuis 1918, actuellement sevré, mais qui décrit avec un certain pittoresque et une verve facile ses impressions de toxicomane.

Accidents de la malaria-thérapie dans la paralysie générale, par M. TRÉNEL. — Il s'agit de 3 malades ayant subi la malaria-thérapie et atteints d'œdèmes généralisés à marche rapide, accompagnés dans un cas d'œdème aigu du poumon. A. Marie les avait déjà signalés. De semblables faits s'observent dans le paludisme. Tout en faisant la part de l'action possible des traitements spécifiques précédant ou suivant l'inoculation, il y a lieu de noter que les 3 malades avaient reçu la même souche de virus provenant d'un malade qui lui-même a présenté des œdèmes avec albuminurie transitoire.

Mort rapide après une crise d'épilepsie; hémorragie ventriculaire, par M. BAUER. — Un sujet, âgé de 17 ans, atteint d'épilepsie idiopathique meurt dans le coma une heure après une crise. A l'autopsie on constate une hémorragie dans le ventricule latéral droit. Pas d'autre lésion vasculaire. Cette complication des crises est rare. Elle semble en rapport avec l'augmentation de la pression artérielle pendant la crise comitiale.

L. MARCHAND.

---

# RÉUNIONS ET CONGRÈS

---

## COMPTE-RENDU DU XXX<sup>e</sup> CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

*Genève-Lausanne (2-7 août 1926)*

---

### I. RAPPORTS

#### A. RAPPORTS DE PSYCHIATRIE

a) **LA SCHIZOPHRENIE**, par M. BLEULER (*de Zurich*). — La schizophrénie est non seulement une entité clinique mais une entité anatomo-pathologique, étiologique et hérédito-biologique. Sémiologiquement, elle se laisse délimiter plus facilement d'une façon négative que d'une façon positive (absence de troubles de la perception, de la mémoire et de la coordination motrice, absence de dyspsychie et de persévération). Ses symptômes cardinaux sont : 1° le relâchement des associations d'idées, c'est-à-dire la négligence des rapports de temps et d'espace dans l'évocation des idées les unes par les autres ; par exemple au lieu de répondre que l'Égypte est située au nord-est de l'Afrique, le schizophrène répondra qu'elle est entre l'Assyrie (pays éloigné géographiquement et dont la civilisation a disparu) et le Congo (pays contemporain mais également éloigné). 2° L'irrégularité des réactions affectives, qui sont tantôt adaptées, tantôt inadaptées aux circonstances : le schizophrène présente de la parathymie et de la paramimie, c'est-à-dire des réactions affectives insolites et paradoxales, ou bien encore de l'adiadococinésie affective, c'est-à-dire du retard dans l'adaptation de l'affectivité à des circonstances changeantes ou bien encore de

l'ambivalence, c'est-à-dire l'apparition simultanée de deux sentiments opposés. 3° L'autisme ou négligence par le malade de confronter ses idées et ses rêveries avec la réalité extérieure.

A ces signes cardinaux s'ajoutent des signes accessoires qui peuvent faire défaut : les délires d'influence extérieure, les hallucinations de la sensibilité générale ou cénesthésique et les impulsions coexistant avec une lucidité et une orientation complètes sont particulières à la schizophrénie. Il en est à peu près de même des symptômes catatoniques : catalepsie, stupeur, stéréotypies, négativisme, automatisme. Les formes paranoïdes doivent être intégrées à la schizophrénie. Il en est de même de la démence, car la distinction entre forme dementielle et forme non dementielle vise uniquement une différence de degré et non de nature. Ce qui complique encore le diagnostic de la schizophrénie, c'est l'existence de la schizophrénie latente qu'aucun signe ne révèle, car la schizophrénie « comprend tous les degrés qui vont insensiblement de l'état normal jusqu'aux formes les plus graves de démence, de confusion et de catatonie ».

La schizophrénie doit être distinguée de la dégénérescence mentale de Magnan qui ne comporte aucun signe schizophrénique, de l'hystérie, de la neurasthénie, de la névrose obsessionnelle, de l'épilepsie, des psychoses organiques, c'est-à-dire la paralysie générale, la démence sénile, la psychose de Korsakoff et de la psychose maniaque dépressive, mais cependant les symptômes schizophréniques peuvent parfois s'associer avec les symptômes de l'une ou l'autre de ces psychoses.

Anatomo-pathologiquement il semblerait que le trouble primitif soit d'ordre chimique : dans tous les cas prononcés on constate dans le cerveau des modifications anatomo-pathologiques, d'un caractère suffisamment déterminé qu'on ne trouve point dans les autres psychoses. Elles y ont un caractère chronique dans les cas à évolution chronique et un caractère aigu au cours de poussées aiguës de l'affection.

Etiologiquement la schizophrénie est une « affection physiogène, c'est-à-dire à base organique ». Cependant pour Bleuler « elle possède une telle superstructure psychogène que la grande majorité des symptômes manifestes de cette affection comme les hallucinations, les idées délirantes, ainsi que toute la façon de se comporter du malade relèvent de facteurs et de mécanismes psychologiques ».

Il est à remarquer notamment que tous les mécanismes freudiens, déplacement des facteurs affectifs, symbolisme, condensation se retrouvent dans la schizophrénie où le rôle de la sexualité est prédominant.

**b) DEMENCE PRECOCE ET SCHIZOPHRENIE**, par M. CLAUDE (*de Paris*). — Il faut séparer nettement le groupe de la démence précoce, type Morel, avec ses trois formes : hétérophrénique, catatonique et paranoïde du groupe des schizoses avec ses trois états : schizoïdie, schizomanie, schizophrénie.

La démence précoce qui est caractérisée par un affaiblissement psychique global mais inégalement prononcé des facultés intellectuelles est une maladie accidentelle, résultant d'un surmenage intellectuel relatif pour l'individu, d'une infection ou d'une intoxication endogène. C'est une espèce de psychose d'épuisement. Ce sont les fonctions prévalentes de la jeunesse qui sont frappées : affectivité, activité, spontanéité, curiosité, imagination. Mais le jugement, le raisonnement et la mémoire sont moins atteints.

Elle a une base organique constituée par des lésions cellulaires inégalement réparties, surtout corticales, parfois étendues aux ganglions centraux. C'est une encéphalite comme le prouvent les travaux de Klippel et Lhermitte, de de Buck, d'Anglade, de Laignel-Lavastine. Son évolution généralement progressive peut parfois être régressive, mais est toujours incurable.

La schizophrénie à forme catatonique ou délirante résulte toujours d'un processus psychogène tirant son origine dans une constitution schizoïde antérieure ou dans des complexes affectifs refoulés suivant un mécanisme freudien. Il n'y a pas affaiblissement psychique vrai mais anomalie par dissociation des facultés intellectuelles, troubles dans les associations d'idées, troubles de l'affectivité, perte du contact avec le monde extérieur.

Ce sont bien plus les « ergies » de Bleuler, c'est-à-dire les instincts, l'affectivité, la volonté qui sont frappés plutôt que l'intelligence proprement dite. Cette atteinte des « ergies » serait due à l'inhibition des centres sous-corticaux qui sont leur foyer. Par suite de cette inhibition, des lésions peuvent se produire à la longue, et la schizophrénie, psychose sans substratum anatomique à l'origine, peut se terminer par une véritable démence. Dans le cas contraire quand l'inhibition cède, les troubles mentaux disparaissent ; et cela est à prévoir quand à l'aide de procédés expérimen-

taux, comme l'éthérisation, la psychanalyse, l'hypnose, on s'est rendu compte que derrière l'apparence démentielle, le fonds mental est resté intact.

Evolutivement on distingue d'abord la schizoïdie, qui n'est qu'une disposition constitutionnelle dont les manifestations peuvent être réfrénées ou contenues. Ensuite la schizomanie, état morbide plus avancé, pouvant se manifester par bouffée sous forme d'indifférence, de négativisme, de mélancolie, de rêverie, de bouderie, de haine familiale, avec réactions variables d'intensité depuis les fugues et les bizarreries de conduite jusqu'aux attentats. Enfin la schizophrénie délirante avec ses incohérences à apparence démentielle.

L'auteur insiste sur le diagnostic des états à ne pas confondre avec la schizophrénie. Tout d'abord la neurasthénie est un état d'épuisement comme la démence précoce, mais il y a conservation de l'auto-critique, souffrance du sujet à se voir ainsi diminué et surtout les mécanismes d'associations d'idées, de jugement, de raisonnement ne sont qu'entravés.

Dans la psychasthénie il y a conservation ou exagération de l'auto-critique avec lutte anxieuse contre ces obsessions, tandis que dans la schizophrénie celle-ci a disparu. Il n'y a ni auto-critique ni lutte anxieuse. Le premier malade a perdu la fonction du réel, le second a perdu la notion du réel.

Dans l'hystérie il y a aussi dissociation psychique, le sujet isolant certaines activités fonctionnelles, certaines perceptions ou certaines représentations et les oubliant ; mais cette dissociation n'est que temporaire, s'effectuant à l'occasion d'une circonstance qui comporte un élément émotif ; dans la schizoïdie, la dissociation est une manière d'être, un mode particulier de l'activité psychique. Elle constitue le fond même de la constitution psychologique du sujet.

Enfin le déséquilibré mental contrairement au schizoïde passe sa vie à flotter au gré du courant qui l'emporte, il est la proie des événements.

M. MINKOWSKI (*de Paris*) pense avec M. Bleuler, contrairement à M. Claude, que la démence précoce ne doit pas être opposée à la schizophrénie dont elle n'est qu'une forme. Il insiste particulièrement sur le rôle des complexes dans la genèse des troubles schizophréniques, mais sans prétendre que la schizophrénie soit d'origine purement psychogène. La



dissociation du schizophrène n'est pas comparable avec la déficience globale du dément par lésions organiques évidentes comme l'est par exemple celle du paralytique général. Le relâchement des associations, la variation des réactions affectives et l'autisme sont les caractères essentiels de la schizophrénie. C'est la perte du contact vital avec la réalité qui est l'élément commun à toutes les formes de la schizophrénie dont les formes dementielles et non dementielles correspondent à une différence de degré et non de nature.

M. LAIGNEL-LAVASTINE (*de Paris*). — L'œuvre de M. Bleuler a le très grand mérite de permettre la classification de toute une foule de syndromes atypiques difficiles à ranger sous l'une des rubriques de la nosographie. Au point de vue psychologique, il est intéressant de remarquer que la doctrine du Suisse Bleuler est comme le point de convergence de la doctrine française de Bergson et de la doctrine germanique de Freud sur l'inconscient et son rôle dans la vie psychique. La doctrine de la schizophrénie conduit à rechercher derrière et avant l'éclosion des troubles morbides, les caractères, c'est-à-dire les particularités qui différencient les hommes les uns des autres et en font des individus. Elle a donc fait accomplir un pas considérable à l'éthologie, ou science des caractères, en apportant la notion du schizoïde. Au point de vue étiologique, les infections et surtout l'encéphalite épidémique et la tuberculose jouent un rôle capital. La part réciproque de la prédisposition constitutionnelle et de l'élément pathogène acquis est dans chaque cas en proportion inverse. Anatomo-pathologiquement on commence à connaître certaines lésions surtout dans les noyaux gris centraux ; c'est généralement sous forme de plaques graisseuses qu'il les a identifiées.

M. HESNARD (*de Toulon*) se félicite de voir réalisée aujourd'hui cette union de la psychologie de langue française et de la psychiatrie de langue allemande qu'il avait préconisée au Congrès de 1913 en exposant pour la première fois à ce Congrès des Aliénistes la doctrine de Bleuler. Un point lui semble faible dans ce magnifique édifice clinique : le primat du trouble associatif qui tend à faire de la schizophrénie une maladie cérébrale organique vulgaire, ce qu'elle n'est certainement pas. C'est ainsi qu'il est impossible d'expliquer par un relâchement des associations d'idées le symptôme discordant essentiel de la coexistence dans le même moment chez le malade d'une réaction normale, finement intelligente parfois, et d'une réaction morbide, absurde ou

désadaptée ; symptôme que seul explique l'hypothèse d'un trouble affectif primitif du jeu de la pensée en rapport au contraire avec un trop plein d'énergie inutilisée. Pour lui la pensée autistique, fait primaire et essentiel, est une pensée de néo-formation surajoutée à la pensée normale et qui émane de la vie instinctive perturbée chez le schizophrène par l'impossibilité de l'extériorisation de l'instinct. Il rejette la distinction inutile du psychogène et de l'organique, tout processus instinctif étant à la fois matériel et moral, fonctionnel et organique et ne s'inscrivant que secondairement dans la structure histologique. Admettant sans restriction la distinction faite par Claude sur le terrain clinique entre la démence rapide et globale des jeunes gens et les états de schizose, il rappelle la conception de son maître Régis de la démence précoce, confusion mentale chronique (syndrome de Régis) et précise la diagnose différentielle pratiquement indispensable entre les névrosés et la psychasthénie ou l'hystérie préschizophrénique.

M. ANGLADE (*de Bordeaux*). — L'œuvre de M. Bleuler vulgarisée en France dès 1911 par l'analyse qu'en donna M. Trénel dans la *Revue de Neurologie* est une vaste synthèse concernant un ensemble de psychoses diverses généralement étiquetées démence précoce et sur lesquelles les psychiatres français, d'abord, depuis Morel et allemands avec Kræpelin s'étaient efforcés d'apporter quelques précisions. La notion de dissociation psychique de M. Bleuler est très exacte ; cette dissociation correspond à une espèce d'état anarchique dans lequel les fonctions psychiques sans être proprement atteintes ne se subordonnent et ne se coordonnent plus entre elles. Cependant la légitimité de l'entité schizophrénique telle que l'a décrite M. Bleuler ne lui paraît pas démontrée. Cette dissociation peut exister dans des cas à évolution différente ; l'état affectif à réactions irrégulières peut aussi se trouver ailleurs. L'autisme qui semble fonction de la culture intellectuelle d'un individu existe-t-il chez ceux qui n'ont pas de culture et sont cependant atteints de dissociation. Il y a un abîme entre les états appelés démence par Bleuler et ceux de schizophrénie simple qui ne permet pas de voir identité de nature entre eux. Il en est de même avec la paranoïa et la cyclothymie. La soi-disant anatomie pathologique de la schizophrénie est loin d'être une donnée positive. La plupart des cerveaux qu'il a examinés de sujets morts avec un syndrome schizophrénique non démentiel n'avaient aucune lésion apparente.

M. COURBON (*de Paris*). — A. L'imprécision des signes soi-disant cardinaux de la schizophrénie explique l'usurpation de cette entité sur les syndromes les plus divers. a) Le relâchement des associations ou méconnaissance des rapports d'espace et de temps est parfois le fait de l'ignorance ou de l'humeur facétieuse (la chanson « où-ce qu'est St-Nazaire » est une production schizophrénique, par exemple) ; il existe donc dans la manie ou la démence ; b) l'irrégularité des réactions affectives est fonction de la variabilité de l'humeur et existe chez les cyclothymiques où l'humeur varie sans cause apparente et chez les déséquilibrés émotifs où elle change sous l'influence des circonstances extérieures ; c) l'autisme pris dans le sens d'aptitude à la rêverie, à la vie imaginative et contemplative, suffit à caractériser une manière d'être et fait alors de la schizophrénie une forme à part de la dégénérescence mentale.

B. La schizophrénie est à distinguer de l'hystérie où le sujet est un vigilambule plus qu'un rêveur, de la psychasthénie où la psychothérapie est efficace, du déséquilibre mental où le sens pratique est parfois très aigu et surtout, comme a très bien fait M. Claude, de la démence précoce, maladie acquise, incurable, atteignant l'affectivité, le jugement et la mémoire. La psychose maniaque dépressive donne lieu à des repliements sur soi-même de l'individu (cas des désabusés temporaires qui se replongent ensuite dans la vie sociale) et surtout à ces états mixtes décrits par Kraepelin où il y a pseudo-discordance par inhibition inégale des activités motrice, intellectuelle et affective.

M. SOLLIER (*de Paris*) fait sous forme de questions destinées à éclaircir certaines affirmations et certaines contradictions ou certains points précis du rapport de Bleuler, une critique assez serrée de la théorie de la schizophrénie : critique du terme de démence, alors que tous les caractères classiques de cette déchéance globale et définitive font défaut dans la démence schizophrénique ; critique des lésions cérébrales soi-disant spécifiques de la schizophrénie, alors que ces lésions sont des plus contestées et contestables et ne se rencontrent que dans la démence précoce, type Morel, justement distincte de la schizophrénie ; critique de la nature de la schizophrénie qui est tantôt purement organique, tantôt d'origine psychogène ; critique de l'introduction du freudisme dans le développement et le traitement de la schizophrénie ; l'admission des complexes freudiens étant contradictoire à sa nature, soi-disant organique, et les conditions de la méthode psychanalytique paraissant incompatibles

avec l'état mental des schizophrènes. Il se rattache finalement à la conception de M. Claude touchant l'autonomie du syndrome de la démence précoce de Morel et rattache la schizophrénie avec ses différents degrés à l'évolution de la rêverie morbide qui peut revêtir trois degrés suivants : 1° que le sujet s'y laisse aller mais s'en tire à volonté ; 2° qu'il s'y complait et s'y plonge ; 3° qu'il y tombe malgré lui et ne peut s'en délivrer. Mais la schizophrénie n'est ni une maladie spéciale ni encore moins la maladie mentale par excellence englobant toute ou presque toute la psychiatrie.

M. DE MONTET (*de Vevey*), insiste sur la différence essentielle entre la simple névrose et la psychose schizophrénique ; dans la première, la dissociation psychique n'est que temporaire, et n'existait pas avant la production de la cause névrogène. La schizophrénie au contraire est une manière d'être permanente. Il faut se méfier de la tendance et de la facilité avec laquelle en médecine mentale on crée des entités expliquant tout. Il n'y a qu'un seul critérium réel : c'est celui de la conduite des malades ; par lui seul se distinguent d'une façon incontestable les syndromes mentaux, mieux vaut les rechercher que de se payer d'étiquettes terminologiques plus ou moins fallacieuses.

M. STEECK (*de Céry*) signale le parallélisme des signes neurologiques catatoniques atteignant les fonctions motrice et mimique dans la schizophrénie et dans l'encéphalite. La fonction mimique qui au point de vue ontologique est relativement récente, est une des premières touchées chez le schizophrène. Psychologiquement il y a dans la schizophrénie atteinte de la fonction du réel décrite par Janet et régression mentale au sens de Freud. Il y aurait lieu de confronter la mentalité du schizophrène avec la mentalité primitive décrite par Lévy-Bruhl. Anatomopathologiquement les lésions cérébrales sont minimales et l'imperméabilité méningée est fréquente. Étiologiquement il y a vraisemblablement méiopragie endocrine, bien que la greffe de Voronoff ait échoué, c'est dans cette direction que la thérapeutique devrait s'orienter.

Mme MINKOWSKA (*de Paris*). — Ce qui embrouille la schizophrénie c'est l'association d'autres psychoses à celle-ci qui altèrent sa physionomie clinique. Ces associations, elle en a trouvé la preuve dans ses recherches sur l'hérédité des schizophrènes ; l'association de la cyclothymie à la schizophrénie modifie singulièrement par sa syntonie le

repliement autistique du sujet. Il en est de même de l'association de l'épilepsie dont les aptitudes oniriques donnent à l'autisme une apparence de rêve toxi-infectieux.

M. OBREGGIA (*de Bucarest*) se félicite du travail de synthèse accompli en langue allemande et du travail d'analyse fait en langue française sur une même question ainsi plus parfaitement étudiée par deux auteurs de nationalité différente. Pour lui, la dissociation psychique telle que la conçoit Bleuler suffit à assurer la solidité de l'entité clinique qu'il a décrite. L'état de l'affectivité de ces malades est une illustration de la théorie de Ribot sur la psychologie affective. Il pense avec Claude qu'il faut faire une place à part à la schizophrénie d'origine toxi-infectieuse correspondant à la démence précoce post-confusionnelle acquise de Régis.

M. LÉVY-VALENSI (*de Paris*). — La différence entre l'opinion des deux rapporteurs n'est pas aussi antagoniste qu'il semble, puisque l'un s'est efforcé de faire œuvre sémiologique et l'autre œuvre pronostique. Si l'importance pratique de la différenciation de l'état morbide suivant leur avenir est primordiale, il n'en est pas moins vrai que l'on voit des psychoses curables débiter avec le même appareil symptomatique que celles qui arriveront à la démence. C'est souvent le cas des psychoses toxi-infectieuses à symptômes catatoniques décrites par Régis, notamment dans la puerpéralité. Il est à remarquer que l'évolution peut aboutir à la guérison ou à la démence chez des individus qui présentent les mêmes conditions héréditaires comme chez deux frères dont l'un guérit complètement, et dont l'autre devient dément. Un neveu du grand Condé semble avoir été un débile qui devint schizophrène au sens de Bleuler.

M. BOVEN (*de Lausanne*) ne voit pas pourquoi l'on séparerait radicalement deux séries d'états cliniques, dementiel précoce et schizophrénique. L'hérédité jusqu'à preuve du contraire ne paraît pas dissemblable dans ces deux états.

L'encéphalite est possible chez les déments précoces, mais le tableau clinique n'est pas entièrement comparable à celui des idiots, c'est-à-dire des êtres dont toute vie psychique est une table rase. Où s'arrête le trouble de la vie des instincts ? Une chose est certaine d'ailleurs, le processus schizophrénique peut être décelé par une exploration attentive jusque chez les individus les plus déments parmi ceux qu'on voudrait enlever au cadre nosologique de la schizophrénie pour les étiqueter déments précoces,

M. VERMEYLEN (*de Bruxelles*) demande si la psychose hallucinatoire chronique doit être ou non comprise dans la schizophrénie, non sans doute car il n'y relève aucun des symptômes de cette affection. Il serait essentiel de savoir de façon précise ce que la conconption de la schizophrénie englobe de diagnostics psychiatriques traditionnels et de s'entendre une fois pour toutes sur la définition du mot démence qui paraît réellement exister dans quelques cas de schizophrénie au moins en tant que complication. La distinction établie par Claude lui paraît correspondre à deux formes d'une même maladie évolutive.

M. P. KAHN (*de Paris*) voudrait synthétiser les opinions émises en considérant la schizophrénie comme un syndrome dont il existe trois types : 1° une constitution mentale (schizoïde) ; 2° une psychose congénitale, simple fêlure devenant brisure à la suite d'un choc moral ou physique ; 3° une psychose accidentelle toxi-infectieuse (confusion mentale chronique de Régis) d'origine étiologique définie (typhoïde, grippe) ou inconnue qui se développe le plus souvent sur un terrain tuberculeux. Ce dernier type clinique se développe à la puberté après un surmenage ; cette vraie démence précoce correspondant à l'ancienne hébéphrénie est une ancienne encéphalite infectieuse dont le polymorphisme est dû aux variations évolutives et est comparable à celui de l'encéphalite épidémique.

## B. RAPPORT DE NEUROLOGIE

### LE SIGNE DE BABINSKI, CARACTERISTIQUES, MECANISME ET SIGNIFICATION, par M. TOURNAY (*de Paris*). —

I. Anatomo-cliniquement, le signe de Babinski appelé par son auteur phénomène des orteils consiste comme chacun le sait, d'après la description de 1895, en ce que du côté paralysé, l'excitation de la plante du pied provoque un mouvement d'extension des orteils, principalement du gros, sur le métatarse au lieu d'un mouvement de flexion comme cela a lieu du côté sain et à l'état normal. Ce signe s'observe d'abord dans une série d'affections du système nerveux central (hémiplegie de l'adulte récente ou ancienne, hémiplegie infantile, paraplégies diverses), mais jamais dans l'hystérie, le tabes, les affections des nerfs périphériques et des muscles. Temporairement on peut aussi le constater dans l'épilepsie (jaksonienne et essentielle). Comme ces affections ont pour caractère commun de donner naissance à

une perturbation dans le fonctionnement du système pyramidal, ce phénomène devient ainsi un moyen diagnostic de premier ordre, étant le premier et parfois le seul signe révélateur d'une lésion de la voie pyramidale. Il se rencontre encore dans les lésions périphériques du système nerveux (névrites, radiculites, poliomyélites), amenant de l'atrophie ou de la parésie musculaire des fléchisseurs. L'absence du signe ne permet donc pas de conclure à l'intégrité de la voie pyramidale : Babinski lui-même fut le premier à le déclarer ; l'existence concomitante d'une lésion périphérique retentissant sur les extenseurs peut notamment empêcher sa production. L'auteur cite une série d'observations dans lesquelles on a pu noter à la fois l'absence du Babinski et la coexistence d'une altération pyramidale et d'une autre altération de siège central (foyers multiples de ramollissement dans les noyaux gris centraux, hémorragies de la couche optique, syndromes de section totale de la moelle par blessures de guerre ou lésions destructives. — Évolutivement le signe est la réaction normale de l'excitation de la plante des nouveau-nés dont le système pyramidal n'est pas encore développé ; la substitution de la réaction en flexion malgré d'assez fréquentes variations individuelles a lieu en général vers le sixième mois. Cependant aussitôt après la naissance, l'excitation plantaire provoque comme chez l'adulte une flexion des orteils, cette période de flexion n'excédant d'ailleurs pas le plus souvent une durée de quelques minutes. Enfin les recherches entreprises sur le fœtus ont montré qu'on obtenait des réponses différentes suivant l'âge de celui-ci. Du deuxième au quatrième mois flexion, à partir du quatrième mois, l'extension devient prédominante.

Dans certaines conditions on peut le voir apparaître d'une façon temporaire, notamment au cours du sommeil naturel, de la narcose chloroformique, pendant ou immédiatement après les crises d'épilepsie, au cours de diverses infections ou intoxications (scopolamine, strychnine). De même chez les individus porteurs d'un Babinski positif, divers facteurs tels que la narcose chloroformique, la compression du membre inférieur, les accès d'épilepsie jacksonienne peuvent amener sa disparition temporaire. En outre, dans la recherche de ce signe, on peut obtenir des modalités différentes suivant la position du sujet, ventrale ou dorsale. Dans l'hémiplégie, la rotation de la tête vers le côté paralysé peut amener l'abolition de la réaction en extension, et même son renversement.

II. Au sujet du mécanisme suivant lequel s'effectue la réaction, Babinski déjà avait émis l'hypothèse qu'elle devait s'accomplir par les voies extra-pyramidales. La question a été reprise sur des bases nouvelles depuis l'étude des sections totales de la moelle et depuis les travaux sur la chronaxie.

Il semble qu'il faille faire intervenir à la fois un mécanisme central et un mécanisme périphérique. Le phénomène des orteils étant considéré comme une réaction s'effectuant par les voies d'un système nerveux non pyramidal libéré. Cette libération peut être, suivant les cas, partielle ou totale, transitoire ou durable et s'opère à la faveur d'une perturbation du système pyramidal. Au point de vue du mécanisme périphérique, on a fait intervenir les variations et perturbations des influences toniques et celles des chronaxies des différents neurones et muscles impliqués dans le réflexe plantaire. La question dans son ensemble reste encore non tranchée.

III. Théoriquement les rapports unissant le phénomène des orteils aux autres signes rencontrés dans les affections pyramidales (clonus du pied, exagération des réflexes) ne sont pas indissolubles, suivant l'opinion de Babinski. Il peut exister en effet, alors que ces derniers font défaut, ou inversement, sans qu'il soit encore possible de préciser les conditions physiologiques de cette dissociation. Il en est de même en ce qui concerne les rapports de ce signe avec les réflexes d'automatisme médullaire. D'après Minkowski, le phénomène des orteils peut donc être considéré comme un phénomène en quelque sorte autonome.

IV. Pratiquement, il importe au point de vue clinique pour mettre à profit la grande valeur sémiologique du signe de Babinski de s'entourer de beaucoup de précautions pour sa recherche.

Tout d'abord, dans la constatation d'une réaction en extension, il importe avant de lui attribuer toute sa valeur pathologique d'éliminer deux grandes causes d'erreur : la simulation (facilement décelable par l'augmentation du temps perdu et par l'absence des autres réflexes concomitants, notamment la flexion de la cuisse sur le bassin), et la perturbation de l'appareil neuro-musculaire périphérique (rupture d'équilibre au profit des extenseurs). Inversement une absence non légitime du phénomène des orteils peut être attribuée dans certains cas, soit à des conditions d'examen défectueuses, soit encore à une altération de l'appareil neuro-musculaire périphérique (notamment une atteinte du jeu des extenseurs).



Ces causes d'erreur écartées, le signe de Babinski constitue le signe indicateur le plus sensible d'une perturbation du système pyramidal sans d'ailleurs dénoter la gravité de celle-ci.

En outre en présence d'une perturbation pyramidale avérée, l'absence de Babinski doit faire soupçonner la coexistence d'autres lésions nerveuses et conduire à une exploration minutieuse des voies non pyramidales. Au cours de l'évolution d'une affection médullaire grave, la disparition du Babinski indique le passage à un fonctionnement médullaire plus défectueux. Ce signe enfin peut servir à l'étude du développement neuro-psychique de l'enfant.

M. LAIGNEI-LAVASTINE (*de Paris*), insiste sur les précautions à prendre pour la recherche parfois très difficile du signe : mettre la jambe relâchée en demi-flexion à une température ambiante suffisamment élevée pour ne pas refroidir le membre ni provoquer le réflexe vaso-constricteur ; exciter franchement sans brutalité, provoquer la confiance et apaiser l'hémotivité du patient. Ce signe manque dans l'hémorragie de la couche optique, dans la paraplégie flasque par section complète de la moelle (deux cas personnels). Il peut faire défaut lors d'une vaso-constriction d'origine sympathique qui disparaît après bain chaud. On peut observer la réponse en flexion par prédominance de la fonction flexion dans la poliomyélite, dans laquelle ce système pyramidal peut être atteint comme dans le mal de Pott, l'épilepsie, les séquelles méningo-myélitiques. Suit une énumération des tableaux célèbres où les peintres ont représenté les pieds des enfants avec le gros orteil en flexion. Cette représentation est plus fréquente chez les primitifs, ce qui serait la preuve de l'excellence de leur observation.

M. BERSOT (*de Neufchâtel*) insiste sur l'évolution onto-phylogénétique du phénomène comparé à la réaction des inter-osseux ; la réponse des orteils est l'élément le plus fixe du réflexe plantaire. Il esquisse son rôle dans l'organisme et sa place en réflexologie. Un tel phénomène d'une importance biologique et sémiologique primordiale est à étudier par ses relations avec les phénomènes voisins et à la lumière du principe de l'inter-dépendance des réactions.

M. ROGER (*de Marseille*) reprend la description des prescriptions indispensables pour la recherche du Babinski,

fait marcher le malade au préalable, sèche la sueur, s'efforce d'éliminer certains mouvements automatiques supérieurs ou volontaires ; il signale son absence chez les campagnards et indigènes coloniaux à la semelle cornée. La plupart des cas douteux évoluent ultérieurement comme des lésions pyramidales. L'extension de la zone réflexogène (parfois toute la surface du corps) est à étudier dans son mécanisme. Tout en admettant qu'une lésion des cornes, des racines, ou des nerfs puisse produire un signe de Babinski périphérique, celui-ci est rare car le plus souvent, surtout en cas de poliomyélite, il y a simultanément lésion du faisceau pyramidal. Il existe encore dans l'artérite, c'est-à-dire dans la claudication intermittente de la moelle (périphérique ou centrale).

M. COURBON (*de Paris*). — La constatation du signe de Babinski en psychiatrie peut fournir d'utiles renseignements : au cours d'une crise convulsive, il peut faire porter le diagnostic d'épilepsie, ce qui a parfois une importance extrême en médecine légale. Au cours d'une confusion mentale, il peut orienter la thérapeutique contre l'intoxication qu'il prouve. Enfin il est un élément avec la paratonie et la syncinésie du syndrome de la débilité motrice de Dupré ; souvent débilité mentale et débilité motrice sont associées et constatées. Le signe de Babinski pourra faire penser à la débilité mentale, état constitutionnel, mais cette association n'est pas fatale. Malgré l'importance des signes neurologiques, c'est la clinique psychologique qui a le dernier mot en psychiatrie. En effet le signe peut exister dans la démence précoce, affection acquise.

M. MINKOWSKI (*de Zurich*). — Il y a certainement des facteurs supra-spinaux non pyramidaux qui participent au phénomène, mais il faut préciser en parlant des facteurs sous-corticaux d'origine tegmentale, méso-céphalique, striée, etc. Sa valeur doit d'ailleurs être considérée et évaluée en connexion avec l'ensemble des phénomènes de tout l'organisme. C'est seulement parfois son évolution au cours d'une lésion médullaire traumatique, par exemple, qui fixe sur la gravité et l'étendue de la lésion et son pronostic.

M. BARRÉ (*de Strasbourg*). — Le signe de Babinski est un signe excellent d'irritation du faisceau pyramidal plutôt que de déficit ; celui-ci se révélant par le signe de la chute anticipée de la jambe, le malade couché sur le ventre ayant l'ordre de tenir les jambes fléchies sur la cuisse. Dans le décubitus ventral on peut faire réapparaître un signe de

Babinski qui n'apparaît pas dans le décubitus dorsal car il y a, semble-t-il, des variations de tonicité par les réflexes d'attitude. Il signale un cas de disparition du signe à la suite d'une thérapeutique par le phlogétan. Quand le signe de Babinski correspond à une lésion périphérique la force de l'extension volontaire du gros orteil est plus grande que la force volontaire de flexion. C'est le contraire qui a lieu chez l'individu normal. Il reste encore à préciser la valeur significative de la disparition ou du manque du signe dans les affections pyramidales.

M. VAN DER SCHEER (*de Santpoort*) signale l'absence du Babinski dans un certain nombre de lésions à retentissement pyramidal, hématome dure-méral, apoplexie cérébrale. Il s'agit généralement de lésions superficielles de l'écorce.

M. BRUNSCHWEILLER (*de Lausanne*). — Les variations de la réaction plantaire au cours de l'évolution ne permettent pas de fournir une explication concernant la localisation et la différenciation de l'appareil producteur du signe de Babinski. Ce phénomène peut notamment se manifester dans les deux états contraires d'hyper et d'hypo-réflexivité. On a surtout recherché les voies efférentes mais il y aurait lieu d'étudier les voies afférentes.

M. TOURNAY. — Les données de la discussion n'ont fait que compléter le rapport et mettre en évidence l'intérêt de la poursuite de l'étude des rapports entre les réflexes spinaux et les influences supra-spinales. Elles montrent la grande étendue du travail qu'il reste à parcourir pour faire rendre à la découverte de M. Babinski tous les services qui sont en sa puissance.

## C. RAPPORT D'ASSISTANCE

**LA THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES MENTALES PAR LE TRAVAIL**, par MM. LADAME (*de Genève*) et DEMAY (*de Clermont*). — Depuis l'organisation médicale des asiles, le principe même du travail considéré comme agent thérapeutique a réuni l'accord unanime des Aliénistes. Le règlement administratif édicté en 1857 et modifié en 1892 distingue à cet égard les *travaux intérieurs* (travaux sans caractère spécial de Parchappe) auxquels se livrent les malades dans les quartiers des *travaux industriels et agricoles*. Parmi les premiers une mention spéciale doit être réservée aux malades employés comme auxiliaires des infirmiers, et malgré la

légitime interdiction de l'administration, il ne semble pas impossible, sans pour cela renverser les rôles, de faire contribuer les sujets lucides et les convalescents aux soins de propreté et à la surveillance des autres malades, dans le but notamment de remédier en partie à la pénurie du personnel infirmier. En outre, à côté du travail de bureau, il conviendrait de faire une place au *travail intellectuel* (organisation d'école par David Richard, à Stéphanspheld). Les *travaux industriels* permettant aux malades de retrouver à l'asile leur occupation antérieure s'effectuent le plus souvent dans les ateliers distincts des quartiers de traitement. Malgré leur rareté, il semble bien qu'il y ait intérêt dans certains cas à donner plus d'extension aux ateliers installés dans les quartiers mêmes, notamment dans les cas où les tendances impulsives ou dangereuses de certains malades constituent une contre-indication formelle à leur emploi au dehors. Quant aux *travaux agricoles*, on a coutume de les considérer comme l'occupation de choix pour les aliénés ; c'est dans le mode d'application que viennent se heurter les conceptions divergentes des auteurs : les uns (Esquirol, Magnan, Anglade), préconisent la formation de colonies agricoles distinctes de l'asile et réservées aux malades chroniques ; les autres avec Falret, Ferrus, Morel, Garnier, Christian, jugent préférable l'aménagement de terrains de culture entourant l'asile. Pour ces derniers auteurs l'installation d'établissements éloignés pour chroniques, en dehors de la difficulté du contrôle médical, suppose résolue la question encore impossible à résoudre d'une façon précise de la non curabilité en matière psychiatrique. C'est pourquoi pratiquement la meilleure formule semble être encore celle de l'asile complet subdivisé d'une part en hôpital pour les malades aigus et en asile d'autre part pour les chroniques et les travailleurs. Il y a d'ailleurs lieu d'adjoindre à la grande culture la culture maraîchère convenant à un plus grand nombre de malades, et l'horticulture.

Le travail étant essentiellement pour les malades un moyen curatif ou un moyen de distraction suivant les cas, sa réglementation doit être d'ordre purement médical. Les sexes seront soigneusement séparés. Dans la désignation des travailleurs on tiendra compte non seulement de leur état physique ou mental, mais encore de leurs goûts et aptitudes professionnelles bien qu'il puisse y avoir parfois un intérêt thérapeutique à modifier l'occupation antérieure du malade. Il faudra même profiter de leur passage à l'asile pour orienter différemment certains sujets tels que les épilep-

tiques, si leur profession antérieure fait courir un risque à la société (mécaniciens, conducteurs de taxis). Les prescriptions d'hygiène seront strictement observées dans les ateliers, et depuis la loi sur les accidents du travail, la question s'est posée de savoir si un aliéné pouvait bénéficier de ces dispositions, sans qu'il ait été encore donné à ce sujet de solution précise. — Au sujet du pécule, les opinions les plus diverses sont émises ; là encore on doit concilier le double intérêt des malades et de l'administration. On peut concevoir que la rétribution soit proportionnelle non au résultat obtenu mais à l'effort produit. En outre il y a pour le travailleur un intérêt moral à ce qu'il puisse user librement de son gain (création de jetons n'ayant cours qu'à l'asile comme cela a lieu à Meerenberg, en Hollande).

Certains psychopathes seuls sont susceptibles de bénéficier de cette thérapeutique par le travail ; parmi ceux-ci même une distinction primordiale avait déjà été faite par Parchappe : chez les malades curables le travail devient, ainsi que cela a été dit, un moyen de traitement alors qu'on ne peut plus l'envisager que comme une règle d'hygiène physique et morale chez ceux pour lesquels le pronostic d'incurabilité a été posé. Dans les *psychoses aiguës* (Manie, mélancolie, confusion mentale) il trouvera son indication à la période de déclin de la maladie sans qu'on puisse édicter de règles absolues et éviter des tâtonnements souvent nécessaires. Il sera particulièrement recommandé dans les *états chroniques* ne retentissant pas sur la santé physique où il empêchera la concentration exclusive du sujet sur son délire. Les états démentiels eux-mêmes sont souvent longtemps compatibles avec un certain degré d'automatisme professionnel.

En dehors d'un état physique defectueux et de l'opposition du malade, le travail sera contre-indiqué dans les accès épisodiques d'excitation ou de dépression, les paroxysmes anxieux, les troubles accentués du caractère avec tendances impulsives et réactions dangereuses. Cependant l'installation d'ateliers de quartiers permet d'obvier dans une large mesure à l'inconvénient de laisser ces malades inoccupés.

M. SCHILLER (*de Will*) fait part des résultats favorables de la thérapeutique par le travail obtenus par l'asile cantonal de St-Gall.

M. CALMELS (*de Paris*) rend compte des résultats du travail dans le service des aliénés difficiles de l'Asile de

Villejuif. - Ceux-ci sont employés aux travaux intérieurs (fabrication de chaussons, tricotage de bas, chaussettes, reliure, rempaillage de chaises), sous la direction de quelques techniciens qui mettent à profit la division du travail poussé à l'extrême. Cette utilisation d'aliénés antisociaux est d'un excellent rendement puisqu'elle économise 7.000 francs sur le budget de l'établissement.

M. STRESEMAN (*de Santpoort*) communique un rapport sur la thérapeutique par le travail suivant les directives utilisées à Santpoort (1).

M. STEECK (*de Céry*). Le travail combiné avec une discipline douce mais ferme et des distractions choisies constitue le meilleur système médico-pédagogique, notamment vis-à-vis des schizophrènes ; il est de nature à les arracher à leur autisme et à les réengrener avec la réalité. Parfois même, dans de légers états de confusion ou de délire, il peut être accompli au lit.

## II. COMMUNICATIONS

### A. PSYCHIATRIE

**Mythomanie de jeu**, par M. VERMEYLEN (*de Bruxelles*). — Ce n'est pas la mythomanie intéressée et perverse que Dupré oppose à l'activité mythique désintéressée de l'enfant. C'est une activité morbide que l'on peut rencontrer chez l'adulte et l'adolescent parfaitement désintéressée, apparaissant comme une compensation imaginative du réel. Comme chez l'enfant, elle est caractérisée 1° par la compénétration de la réalité donnée par les perceptions et de la réalité inventée par l'imagination ; 2° par le besoin de projeter dans l'action sous forme d'amusements les pensées et les désirs ; 3° par la possibilité de croire simultanément à deux contradictions.

**Les modifications psychiques des paralytiques généraux traités par la malaria**, par M. VERMEYLEN (*de Bruxelles*). — L'état déméntiel paralytique est remplacé par des syndromes psychopathiques variés : on a ou du délire hallucinatoire toxique intermittent avec suspension relative des troubles mentaux ou mentalité paranoïde pendant la période

---

(1) Les communications de MM. Calmels et Streseman seront publiées dans les *Annales*.

fébrile. Après la défervescence on constate le retour progressif à la mentalité normale avec ou sans onirisme ou bien un syndrome rappelant la psychose hallucinatoire chronique. Il résulte de ces constatations que dans la P. G. au début, le déficit est plus fonctionnel que réellement organique et que pendant longtemps ce déficit peut précéder la destruction réelle des fonctions.

Le traitement par le paludisme des psychoses autres que la paralysie générale, par M. FRIBOURG-BLANC (*de Pau*). — Les mélancoliques sont stimulés simplement. Dans deux cas de manie, dans un cas de schizophrénie, la guérison paraît obtenue.

Les haines familiales morbides, par M. ROBIN (*de Paris*). — D'un point de vue général, il faut séparer 1° celles qui ne sont que des symptômes d'une psychose ou d'une psychonévrose, de schizophrénie, de démence, de débilité mentale, de psychasthénie, etc. ; 2° de celles qui sont des causes, la haine jouant un véritable rôle pathogène, haine souvent masquée sous des symboles, la thérapeutique de ces cas est différente. En ce qui concerne les interpréteurs filiaux, de Sérieux et Capgras, il serait préférable d'employer le terme de métamorphose familiale pour les cas où l'interprétation a pour but de rendre plausible l'attitude du malade.

La mnème dans la schizophrénie, par M. FOREL (*de Nyon*). — D'après Semon, Héwald Herings, l'instinct est comme une mémoire de l'espèce. Une empreinte est produite dans la substance par toute irritation durable ; cette empreinte s'appelle engramme. Et l'engraphie sous la sommation des excitations irradie finalement jusqu'aux cellules germinatives. La mnème héréditaire ou instinct n'est autre chose que l'ensemble des engrammes subis par la série des générateurs. Les engrammes acquis par la vie individuelle forment une nouvelle association qui est à son tour engraphiée. De cette façon la vie psychique s'enrichit et chaque individu a une mnème individuelle. La vie psychique étant donc une combinaison de mnèmes acquis et de mnèmes héréditaires, il importerait d'étudier les relations de la mnème héréditaire des schizophrènes avec leur mnème acquise. Ce serait compléter par la biologie les données de la clinique et de l'histologie pathologique.

Un couple de faux sadiques, par M. MOLIN DE TEYSSIEU (*de Bordeaux*). — Histoire de deux châtelains ruraux dans laquelle la femme paraissait responsable. En réalité les scénarios lubriques n'avaient de sadique que l'apparence. C'était des actes dont le mari, fétichiste de la fesse féminine, imposait l'exécution à sa femme débile sous prétexte d'hygiène ou d'assouplissement.

Sur la valeur curative de la sortie prématurée dans certains cas de confusion mentale en traitement dans les asiles, par M. GILLES (*de Pau*). — L'auteur entend par sortie prématurée, une sortie opérée avant la sédation complète des symptômes, même de celui de l'agitation. Elle peut amener la guérison en trois ou six semaines. C'est surtout dans certains états aigus du type confusionnel que ce retour dans le milieu familial est efficace. De la sorte on évite la persévération de l'attitude mentale morbide dans les murs de l'asile. Cela prouve que l'infection et l'intoxication ne sont pas les seuls facteurs étiologiques de la confusion. Les facteurs psychogènes y jouent souvent un rôle et la thérapeutique ici proposée s'adresse à eux.

L'auto-conduction et la schizophrénie, par MM. TOULOUSE, MIGNARD et MINKOWSKI (*de Paris*). — Le concept démence est battu en brèche par deux courants en psychiatrie ; un courant nosographique cherche à définir les entités cliniques et a édifié déjà la schizophrénie. Un courant syndromique cherche à déterminer dans chaque entité clinique quels sont les signes réversibles qui la composent. C'est d'après ce courant que l'on peut réunir sous le nom de confusion mentale tous les troubles réversibles et curables et que l'on est arrivé à la notion du principe d'auto-conduction. Cette notion est du domaine de la psychopathologie générale ; comme celle de la schizophrénie elle tend à mettre au premier plan des recherches scientifiques dans un but thérapeutique la réversibilité des troubles mentaux.

M. HESNARD (*de Toulon*) fait remarquer qu'un autre concept est utile en matière de schizophrénie, celui de confusion chronique curable de Régis. Il rappelle également que beaucoup de cliniciens français utilisent le nom de démence affective pour dénommer ces états discordants avec intégrité des éléments intellectuels.

M. VERMEYLEN. — La distinction entre démence vésanique et organique ne répond plus aux faits cliniques. Dans la P. G. il n'y a démence vraie qu'à la période terminale.



L'autisme, par M. MINKOWSKI (*de Paris*). — Les notions d'autisme et de complexe formulées en même temps restèrent longtemps intimement liées l'une à l'autre. L'autisme étant interprété comme un repliement sur soi-même ou plutôt sur les complexes constituant le fond de la vie intime du sujet. Il est cependant utile et possible de séparer ces deux notions : en dehors de l'affectivité et de la pensée autistes, il existe une activité primitivement autiste qui ne repose pas sur des complexes et traduit à l'état pur le trouble du contact vital avec la réalité. Il faut ainsi distinguer l'autisme pauvre et l'autisme riche, ce dernier étant caractérisé par la présence de mécanisme de compensation, comme la rêverie, qui met en jeu les facteurs imaginaires.

La théorie psychanalytique ou instinctiviste de la schizophrénie, par MM. HESNARD (*de Toulon*) et LAFORGUE (*de Paris*). — L'analyse de la biographie affective des schizophrènes utilisant le concept psychanalytique d'évolution instinctive permet de reconstituer le schéma évolutif affectif de la schizophrénie en trois stades : 1° arriération affective, par fixation radicale de l'élan instinctif à l'âge de l'élection affective concernant la mère ; tendance purement possessive, centrée autour de la fonction digestive, réalisant un instinct prégénital, primitif et unique, d'amativité et d'alimentivité à la fois. Refusant le sevrage psychique et ultérieurement toutes les privations affectives extérieures qui le rappellent, l'individu ne renonce à la mère-aliment qu'à la condition de trouver une compensation dans la jouissance imaginative intérieure ; 2° intériorisation affective se déclanchant lors de l'insatisfaction des besoins instinctifs impérieux de l'âge adulte : ne pouvant assimiler possessivement l'objet extérieur de son désir, l'individu renonce à la passion sadique destructive dans la mesure où il peut réaliser un report narcissique de ses appétences affectives sur lui-même. D'où désintérêt progressif à la réalité et élaboration d'un rêve absurde mégalomane. D'où aussi inversion des polarités affectives, la réalité extérieure devenant pour le sujet ce qu'est pour l'homme normal une matière morte et répulsive, alors que le monde intérieur, substitué d'une matière assimilée, occupe le centre de ses intérêts ; 3° Démence affective, atteinte par quelques sujets seulement, et caractérisée par l'effritement des mécanismes affectifs extériorisables consécutifs à la déficiente utilisation de l'instinct. D'où indifférence définitive à la vie, abolition des sentiments sociaux,

et simultanément, satisfaction intégrale de l'instinct en soi-même (masturbation insouciante du public ; intérêt régressif aux excréments, etc.). Cette théorie fondée sur l'expérience n'est nullement exclusive des conceptions organicistes.

La notion de contrôle et son application, par M. ARTHUS (de Lausanne). — C'est une méthode thérapeutique basée sur l'entraînement progressif de la sphère consciente chez des malades dont le trouble réside surtout dans une libération exagérée de l'automatisme. Elle a permis en outre de se rendre compte que l'émotivité du sujet n'est que la traduction du trouble causé par l'impuissance du pouvoir de contrôle. S'appuyant sur une technique très précise, elle permet de transformer la constitution pathologique du sujet.

L'angoisse, névrose alcaline, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et CORNELIUS (de Paris). — L'anxiété a une base organique caractérisée par une rupture de l'équilibre acides-bases des humeurs de l'organisme au profit des bases. En effet l'analyse des urines des anxieux, met en évidence l'hypoacidité ionique et l'augmentation des acides organiques. Ce syndrome urinaire rétrocede sous l'influence d'une médication acidifiante. Enfin les mêmes modifications se retrouvent dans le sang (accroissement du pH, augmentation des réserves alcalines). On doit donc considérer l'angoisse comme une psychonévrose alcaline résultant de troubles du métabolisme susceptibles de sensibiliser le système vago-sympathique.

Les facteurs endocriniens du caractère, par M. LAIGNEL-LAVASTINE (de Paris). — Si le caractère est le mode psychologique du coefficient réactionnel individuel, le tempérament en est le mode physiologique. Dans le déterminisme de ce dernier, il faut attribuer un rôle important aux sécrétions internes, la thyroïde en particulier. L'endocrino-diagnostic des tempéraments est donc à la base du diagnostic des caractères. Cependant à côté de ce facteur endocrinien, bien d'autres éléments primordiaux entrent en ligne de compte, ce qui doit mettre en garde contre les synthèses prématurées.

Deux malades de Pinel, Bèrbiguier et Martin de Gallardon, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et J. VINCHON (de Paris). — A

l'occasion du Centenaire de Pinel, les auteurs retracent l'histoire résumée de deux malades, vis-à-vis desquels le célèbre psychiatre montra sa bonté et sa grande pénétration psychologique.

**La complexion des schizophrènes. Faits et hypothèses** touchant les rapports du physique et du moral dans la schizophrénie, par M. BOVEN (*de Lausanne*). — Suivant l'opinion de Kretschmer, la schizophrénie a des corrélations physiques, mais le type dysplastique résume à lui seul les deux autres, asthénique et athlétique. C'est un trouble du mode de croissance qui constitue le fait primordial. Il y a soit hypoplasie (asthénique) soit hyperplasie (athlétique), soit enfin dysplasie (dyscrase endocrine). Il est donc permis de se représenter la schizophrénie comme la manifestation sur le plan spirituel d'une fusion manquée des complexions maternelles et paternelles, biologiquement incompatibles, chimiquement répulsives et moralement inconciliables.

M. MINKOWSKI (*de Zurich*). — Rappelle à ce propos les altérations médullaires décrites par Von Monakow qui témoignent d'un fléchissement de la barrière méso-ectodermique, chargée de protéger le parenchyme nerveux contre les substances neuro-toxiques.

**La localisation cérébrale du syndrome catatonique**, par M. STECK (*de Céry*). — C'est tout le système fronto-ponto-strio-cérébelleux qui est atteint dans la catatonie, mais les lésions corticales prédominent. La lésion striée porte surtout sur les grandes cellules à cylindraxe long. Le substratum anatomique de la faiblesse constitutionnelle des ganglions de la base est révélé par un début d'état lacunaire péri-vasculaire. Les symptômes végétatifs y ont autant d'importance que les symptômes moteurs. Les troubles psychiques à la fois psychogènes et physiogènes ont une genèse complexe, les lésions basales seules étant impuissantes à les produire. Enfin même pour les symptômes psycho-moteurs, la participation de tout le uévrxaxe semble nécessaire. Une localisation précise des troubles de l'affectivité serait évidemment illusoire, mais il est probable qu'il faille faire intervenir dans leur production les centres végétatifs de la base et les centres striés.

**Schizophrénie, démence précoce et tuberculose**, par M. Pierre KAHN (*de Paris*). — En dehors de la schizophré-

nie, psychose congénitale survenant à la suite d'un traumatisme moral ou physique chez un sujet prédisposé, il faut envisager la démence précoce, psychose éclatant soudainement sans antécédents psychopathiques, déterminée par une toxi-infection variable (typhoïde, grippe, rhumatisme). Parfois cependant l'étiologie de cette psychose infectieuse survenant vers la puberté n'est pas aussi nette ; c'est dans ces cas que dans les antécédents héréditaires ou personnels, on trouve la tuberculose et le surmenage intellectuel dans 90 0/0. C'est là véritablement ce qu'on peut appeler l'encéphalite tuberculeuse de la jeunesse. Il y a analogie avec ce que l'on observe en pathologie générale dans le rétrécissement mitral, par exemple, tantôt congénital, tantôt acquis.

Contribution à l'étude des relations de la tuberculose et de la schizophrénie, par MM. MIRA, RODRIGUEZ-ARIAS et SEIX (*de Barcelone*). — Chez 600 malades des asiles de Catalogne les auteurs firent l'exploration clinique et radiologique et l'inoculation de tuberculine par voie intra ou hypodermique. La dose maxima de T. A. injectée fut de 5 millimètres cubes par sujet. Les résultats furent qu'il n'y a pas de corrélations positives entre la sensibilité à la tuberculine et le temps de séjour à l'asile, que les malades ont une plus grande sensibilité que les normaux à l'injection intradermique de tuberculine, que parmi les aliénés, les oligophrènes, les schizophrènes et les épileptiques sont les plus sensibles.

Le concept de la schizophrénie et ses conséquences thérapeutiques, par M. MAIER (*de Zurich*).

Quelques thèmes sur une nouvelle théorie psychologique, par MM. V. et Ch. STRASSER (*de Zurich*).

L'anxiété et les émotions, par MM. ROBIN ET CÉNAC (*de Paris*).

La statistique dans la recherche psychologique, par M. BERSOT (*de Neufchâtel*).

L'évolution psychiatrique dans la province de Québec, par M. MILLER (*de Québec*). — Sur 2.500.000 habitants, dont les 4/5 sont des Canadiens français, il y a 6.755 aliénés internés dans 5 asiles dont les principaux sont ceux de

St-Jean-de-Dieu, à Montréal et de St-Michel-Archange, à Québec. Mais il y a encore divers services neuro-psychiatriques dans les hôpitaux et des sanatoria. Un hôpital-école modèle est en construction à Québec pour 350 arriérés. Enfin à Montréal a été récemment construit un magnifique asile-prison.

Le Genevois David Richard, initiateur du traitement des aliénés par le travail intellectuel, par M. COURBON (*de Paris*). — David Richard, né à Genève en 1810. D'abord précepteur en Italie puis étudiant en médecine, en philosophie et en sciences naturelles à Paris, enfin administrateur de la Gironde, fut nommé en 1842, directeur administratif de l'Asile de Stéphanfeld, près de Strasbourg. Il y organisa une thérapeutique pédagogique des aliénés avec réadaptation à la vie collective (promenades dans la campagne ; réceptions données à son domicile où étaient invités des malades de son asile et des amis du dehors). Il mourut en 1859, s'étant converti du calvinisme au catholicisme.

Les précurseurs de Pinel, par M. SEMELAIGNE (*de Paris*). — Le discours d'ouverture du Congrès fut consacré aux précurseurs de Pinel. Il sera publié à part.

## B. NEUROLOGIE

Essai de classification des spasmes oculaires au cours de l'encéphalite épidémique, à l'occasion de cinq cas nouveaux, par MM. ROGER et REBOUL-LACHAUX (*de Marseille*). — Ce sont des spasmes oculogyres toniques à distinguer des spasmes cloniques (crises oculaires de Mlle Lévy), les premiers n'intéressant que la fonction des yeux. Ils peuvent être a) simples, intéressant une seule direction du regard, la plus commune étant celle du regard au plafond ; b) variables, intéressant des directions variées ; c) à bascule, intéressant des directions opposées. Les spasmes oculogyres peuvent être associés à la déviation conjuguée de la tête. Les spasmes toniques de convergence sont très rares. Tous les spasmes toniques encéphalitiques sont des spasmes de fonction ; jamais un muscle n'est atteint isolément.

A propos de l'étiologie et du traitement de la maladie de Basedow et du basedowisme, par M. VIEUX (*de Divonne*). — Dans la genèse de certains syndromes basedowiens ou

basedowiformes, le rôle de l'émotion peut être prédominant (douze observations personnelles), la thérapeutique de ces états ne sera véritablement efficace qu si l'on s'efforce de lutter contre l'hyperémotivité, non seulement par la psychothérapie mais encore par la pratique de l'hydrothérapie tiède sous forme de douches peu percutantes. Dans les cas plus prononcés on sera même conduit à l'usage du drap mouillé froid, dans le but de relever la tension artérielle qui est généralement basse dans le basedowisme.

L'épilepsie myoclonique familiale avec choréo-athetose, par M. VAN BOGAERT (*d'Anvers*). — La sémiologie habituelle de l'épilepsie myoclonique familiale peut se compliquer d'un syndrome choréo-athétosique donnant un tour particulier à l'affection. Les trois cas observés dans la même famille étaient caractérisés par l'association d'un syndrome épileptique, d'un syndrome myoclonique (myoclonies d'Unverricht-Lundborg) et d'un syndrome choréo-athétosique. L'affection débute dans l'enfance, évolue irrégulièrement et atteint exclusivement les filles. Les troubles mentaux sont minimes mais la mort peut survenir rapidement par cachexie. Il importe de ne pas confondre ces cas : 1° avec les athétoses familiales avec épilepsie où font défaut les myoclonies ; 2° avec l'épilepsie choréique où le type d'hyperkinésie est variable et dont le caractère familial et héréditaire n'est encore nullement démontré.

Sclérose en plaques et traumatisme, par M. CROUZON (*de Paris*). — Il s'agit d'une sclérose en plaques dans laquelle le traumatisme rendit évident les troubles alors que six mois auparavant existaient pourtant les signes prémonitoires. Le plus souvent, l'accident ne fait que révéler la maladie. Dans quelques cas rares il l'aggrave. Pour qu'il ait un rôle étiologique incontestable, il faut : 1° que le traumatisme ait été assez grave et localisé, soit au crâne, soit au rachis ; 2° que la période intercalaire n'ait été ni trop courte, ni trop longue ; 3° que les troubles fonctionnels ou douloureux ininterrompus se soient écoulés entre le traumatisme et l'évidence de la maladie.

M. ANGLADE (*de Bordeaux*), la situation n'est pas exactement la même, suivant qu'il s'agit d'un accident du travail ou d'un accident de droit commun. Dans le premier cas, la réparation n'est pas totale mais réglée par un forfait entre l'employeur et l'employé. S'il s'agit au contraire d'un accident du droit commun, la réparation devant être

intégrale, il importe d'établir que le rôle du traumatisme a été prépondérant.

Sur quelques particularités des réflexes dans la névrauxite épidémique à évolution prolongée, par MM. EUZIÈRE et PAGÈS (*de Montpellier*). — L'état des réflexes n'est pas constant ; abolis ou diminués au cours du premier examen, ils peuvent par la suite se montrer normaux ou même exagérés. On peut aussi mettre en évidence l'influence de la sommation des excitations sur l'apparition de certains signes d'ordre réflexe. Ces deux particularités trouvent leur explication dans la dégénérescence mucocytaire ; celle-ci, on le sait, aboutit à la formation d'amas de mucine d'importance et de topographie variables qui sont constamment drainés vers les espaces sous-arachnoïdiens.

Sur la manifestation très tardive du parkinsonisme post-encéphalitique, par DONAGGIO (*de Modène*). — Le parkinsonisme est une conséquence fréquente comme chacun sait de l'encéphalite épidémique, mais le fait que son éclosion peut survenir longtemps après la phase aiguë de celle-ci (quatre à cinq ans d'après les observations personnelles de l'auteur) doit inciter à une grande prudence dans le pronostic, d'autant plus qu'il peut s'agir de formes frustes d'encéphalite. Au point de vue anatomo-pathologique, on doit considérer comme inexacte la doctrine d'après laquelle les lésions siègeraient uniquement dans les régions de la base (*locus niger*, noyau lenticulaire). Des méthodes spéciales ont permis de déceler l'existence de lésions dans le cortex (région préfrontale et motrice) associées à celles du *locus niger* et l'intégrité des ganglions de la base. Il faut donc substituer à la doctrine lenticulo-nigrique, celle plus exacte de cortico-nigrique. Le phénomène de Babinski est peu fréquent dans le parkinsonisme ; il est au contraire facile surtout après l'action de la spocolamine d'y déceler le phénomène décrit par Boveri (flexion dorsale du pied avec adduction et rotation interne).

MINKOWSKI (*de Zurich*), est aussi d'avis que le rôle des ganglions de la base a été très exagéré, mais la doctrine cortico-nigrique ne peut encore être considérée comme définitivement démontrée.

Troubles vestibulaires uni-latéraux, consécutifs à des injections dans la région cervicale, par BARRÉ, DRAGANESCO et LIOU (*de Strasbourg*). — L'injection de seurocaïne dans la

région cervicale soit au voisinage du sympathique cervical, soit dans l'espace épidual. a donné lieu à un syndrome vestibulaire typique. Il faut considérer ce phénomène qui a pu être reproduit plusieurs fois, comme une preuve expérimentale du syndrome sympathique cervical postérieur à opposer au syndrome de Claude Bernard-Horner ou syndrome sympathique cervical antérieur.

**Syphilis et épilepsie**, par MARCHAND et BAUER (*de Paris*). — Les auteurs communiquent les résultats d'une enquête faite sur 241 épileptiques de la consultation du dispensaire d'hygiène mentale du Docteur Toulouse. Ils ont recherché les réactions sérologiques non seulement chez les malades, mais encore pour beaucoup d'entre eux, chez leurs parents. Ils n'ont trouvé que 11 cas de syphilis héréditaire (4,5 0/0) et 17 cas de syphilis acquise (7 0/0). Les réactions ont été négatives dans 8 cas sur 28. Le rapport entre la syphilis et l'épilepsie est souvent douteux. Dans le cas de syphilis acquise, il faut tenir compte de tares surajoutées personnelles et héréditaires (Alcoolisme, convulsions infantiles). Dans un cas l'épilepsie avait indubitablement précédé la contamination spécifique. Lorsqu'on note la syphilis héréditaire ce n'est pas forcément l'affection spécifique qui a causé l'épilepsie. Chez les descendants de syphilitiques des états méningés non spécifiques peuvent conditionner des convulsions infantiles du seul fait que leur encéphale est diminué dans sa résistance. Dans un cas, il y a eu traumatisme obstétrical, hémiplégie et épilepsie consécutives. Dans quatre cas sur onze l'alcoolisme des parents est associé à la tare héredo-syphilitique. Les résultats du traitement spécifique ont été nuls dans l'épilepsie présumée héredo-spécifique. Les auteurs n'attribuent donc, contrairement à nombre d'auteurs récents, à la syphilis et notamment à la syphilis héréditaire, qu'une importance très restreinte dans la production de l'épilepsie.

**Le dualisme du signe de Babinski**, par MM. SEBECK et WIENER (*de Prague*). — Les auteurs présentent deux observations de poliomyélite dont l'une avec atrophie isolée des fléchisseurs des orteils. Dans le premier cas, le signe de Babinski disparut par injection de physio-stigmine et réapparut après injection de scopolamine. Dans le second, les injections restèrent sans influence sur le signe de Babinski qui était un pseudo-Babinski dû à l'atrophie des fléchisseurs. Donc l'épreuve physiotigmine et scopolamine



permet de reconnaître l'origine centrale ou périphérique du Babinski.

Phénomène de Babinski provoqué par le frottement du pied pendant la marche, par M. FRANTZ ADAM (*de Rouffach*). — L'auteur présente de très belles photographies d'apparition du signe de Babinski après les marches de longue durée.

Sur les modalités et la localisation du réflexe plantaire au cours de son évolution du fœtus à l'adulte, par M. MIN-KOWSKI (*de Zurich*). — 1° Dans une première phase embryonnaire ou de transition neuro-musculaire le réflexe est indifférent ou mixte. 2° Phase fœtale précoce ou spinale avec prédominance de l'extension. 3° Phase fœtale moyenne ou tegmentospinale, le réflexe est en extension plus accusé. 4° Phase fœtale tardive ou pallido-rubro-cérébello-tegmento-spinale, l'extension prédomine. 5° Phase néo-natale, ou cortico-subcortico-pallido-rubro-cérébello-tegmento-spinale initiale la flexion est aussi fréquente que l'extension pendant les premières semaines. 6° Phase infantile ou cortico-subcortico-spinale à prédominance subcorticale, de quelques semaines à deux ans, c'est la phase de l'extension physiologique. 7° Phase infantile de transition au cours de la deuxième année, la flexion devient plus fréquente. 8° Phase infantile et de l'adulte ou cortico-subcortico spinale à prédominance corticale, le réflexe a lieu régulièrement en flexion.

L'étiologie du mongolisme, par M. VAN DER SCHEER (*de Santpoort*).

Sur la question de la pathologie du système nerveux central, dans la sclérodermie et dans la maladie de Raynaud, par M. WLADICZKO (*de Wilna*).

Traitement intra-rachidien des affections para-syphilitiques du système nerveux, par M. BRUNNER (*de Küssnacht*).

Présentation d'un cas de paraplégie grave par fracture du rachis guéri par la laminectomie immédiate, par M. PERRET (*de Montreux*).

### III. ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'Assemblée générale du Congrès s'est réunie le 4 août et a pris les décisions suivantes pour l'année 1927 :

Le Congrès aura lieu à Blois, au début du mois d'août, sous la présidence de M. Raviart, professeur à l'Université de Lille, et la vice-présidence de M. Claude, professeur à l'Université de Paris, élu président de la session 1928. Le secrétaire général sera M. Olivier, directeur de l'asile de Blois.

Question de Psychiatrie : L'automatisme mental. Rapporteurs : MM. Lévy-Valensi de Paris et Nayrac de Lille.

Question de Neurologie : Les tumeurs des ventricules latéraux. Rapporteur : M. Jumentié, de Paris.

Question de médecine légale : Le divorce des aliénés, sa jurisprudence, son application, ses résultats. Rapporteur : M. Boven, de Lausanne.

Le prix des cotisations a été élevé désormais à 50 francs pour les membres adhérents et à 30 francs pour les membres associés.

Paul COURBON et Jean MAGNAND.

---

### Première Session des Psychanalystes de France et des pays de langue française

---

A l'occasion du Congrès des aliénistes et neurologistes, les psychanalystes se sont réunis le 1<sup>er</sup> août à Genève, à l'Institut Jean-Jacques Rousseau, sous la présidence de MM. de Saussure et Hesnard.

Un rapport fut exposé par M. Lafforgue sur la schizonoïa, ou constitution mentale commune à la schizophrénie et aux névroses, caractérisée par la dissociation entre le comportement conscient de l'individu et ses aspirations instinctives inconscientes, telle que les révèle la psychanalyse : constellations parentales et notamment attraction maternelle possessive, restée formée grâce à une arriération affective ou à un caractère digestif !

Un autre rapport y fut exposé par M. Odier, sur la théorie du Sur-moi, du Moi et du Soi, de Freud.

P. C. et J. M.

---

# VARIÉTÉS

---

## NÉCROLOGIE

LE D<sup>r</sup> MAURICE MIGNARD

C'est avec une douloureuse surprise que nous avons appris le décès de notre collègue Maurice Mignard, médecin en chef des Asiles de la Seine, croix de guerre, décédé le 2 août 1926, à l'âge de 45 ans.

Médecin en chef de l'Asile de Vaucluse, membre et ancien secrétaire de la Société Clinique de médecine mentale, secrétaire de la Société médico-psychologique, il avait dû abandonner ces dernières fonctions en novembre 1925, à la suite de la première manifestation du mal qui devait l'emporter, mais rien ne faisait prévoir une issue aussi malheureuse et aussi rapide.

La disparition de Maurice Mignard est une grande perte pour la psychiatrie française. Porté par ses études et par ses goûts vers les problèmes de philosophie et de psychologie en même temps que vers la médecine mentale, il avait acquis une notoriété des plus enviables qui lui promettait le plus brillant avenir.

A côté de sa haute valeur scientifique, la douceur de son caractère, son aménité et la sûreté de son amitié l'avaient rendu sympathique à tous ses collègues qui conserveront de lui le plus ému et le plus attachant des souvenirs. Personnellement nous perdons en lui non seulement un collaborateur fidèle et des plus distingués mais encore un ami.

Nous prions son père et sa veuve, Mme Maurice Mignard, de bien vouloir trouver ici l'hommage de notre plus vive sympathie.

Henri COLIN.

LE D<sup>r</sup> ANDRÉ COLLIN

Au moment de mettre sous presse nous avons le regret d'apprendre le décès, après une courte maladie, de M. le D<sup>r</sup> André Collin, ancien interne des hôpitaux, ancien chef de Clinique des maladies mentales à la Faculté de Paris, membre titulaire de la Société médico-psychologique et de la Société Clinique de Médecine Mentale.

Le Dr André Collin, dont les travaux sont bien connus, s'était spécialisé dans l'étude de l'enfance anormale, et personne ne pouvait s'attendre à cette mort prématurée.

Nous adressons à sa famille nos plus vives condoléances.

H. C.

## INSTITUT DE PSYCHIATRIE ET DE PROPHYLAXIE MENTALE

Conformément aux conclusions d'un rapport de M. Grangier au nom de la 3<sup>e</sup> commission, le Conseil général de la Seine vient d'adopter le projet de délibération suivant :

« Emet un avis favorable au rattachement à l'Ecole pratique des hautes études des laboratoires de chimie biologique, de physiologie et de psychologie qui fonctionnent actuellement au service départemental de prophylaxie mentale pour constituer un centre de recherches sous le titre d'Institut de psychiatrie et de prophylaxie mentale.

« Invite l'Administration à se mettre en rapports avec le ministère de l'Instruction publique en vue de déterminer les modalités de ce rattachement et à en saisir l'Assemblée au cours d'une prochaine session. »

## DISPENSARE CENTRAL DE PROPHYLAXIE MENTALE

Le Conseil général de la Seine, sur la proposition de M. Grangier, vient de décider le renvoi à l'Administration, avec avis favorable, d'une proposition tendant à la création d'un dispensaire central de prophylaxie mentale.

## POSTE D'INTERNE

Une place d'interne en médecine sera vacante le 1<sup>er</sup> novembre prochain, à la Maison de santé départementale de Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire).

Les internes sont nommés pour trois ans aux traitements suivants : 1<sup>re</sup> année, 2.400 fr. ; 2<sup>e</sup> année, 3.000 fr. ; 3<sup>e</sup> année, 3.600 fr. ; 6.000 fr. pour les internes docteurs. Nourriture, logement, chauffage, éclairage. S'adresser à M. le Directeur médecin-chef.

---

*Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.*

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES  
JOURNAL  
DE  
L'ALIÉNATION MENTALE  
ET DE  
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

---

Chronique

---



*Les précurseurs de Pinel* <sup>(1)</sup>

---

Un décret du 25 août 1793 confiait à Pinel le service des infirmeries de Bicêtre, et une erreur assez commune est d'attribuer à cette nomination la genèse de ses idées réformatrices. La pénible situation de ceux qu'on appelait alors des insensés était de notoriété publique, et l'ayant visité en 1789, il n'ignorait rien de ce pandémonium, séjour de toutes les misères. Depuis longtemps les problèmes de la médecine mentale sollicitaient son esprit investigateur, imbu de la philosophie régnante, et la fréquentation de la pension Belhomme, au faubourg Saint-Antoine, favorisa ses recherches. Mais

---

(1) Discours prononcé à l'ouverture du Congrès de Genève-Lausanne par M. Semelaigne, président.

en préconisant le traitement moral, une bonne hygiène et le travail manuel, qui fatigue le corps en reposant l'esprit, il ne prétendait pas innover. D'autres avant lui, aux pires époques même, avaient su compatir aux douleurs humaines, et pour le bien ou pour le mal, on a toujours des précurseurs.

Nos conceptions actuelles rendant parfois difficile la compréhension exacte des faits et gestes de nos aïeux, l'on aurait tort d'accuser indistinctement de barbarie et de cruauté tous ceux qui, pour combattre les désordres psychiques, ont eu recours à des procédés aujourd'hui réprouvés. Pour bien pénétrer ces milieux si différents du nôtre, il faut d'abord se libérer de tout parti pris, de toute idée préconçue, et sans doute alors pourra-t-on mieux saisir la mentalité de ces hommes, durs pour les autres comme pour eux-mêmes, habitués à imposer par la force ce qu'ils croyaient sincèrement être la justice, la raison et la vérité.

Il fut un temps où l'on ne soignait guère les délinquants. Paisibles, ils pouvaient errer en liberté ; violents, ils demeuraient chez eux, enchaînés, et l'on dit qu'Ezéchiél, considéré par les siens comme un agité dangereux, fut ainsi maintenu étroitement surveillé. Les souverains d'Israël ne semblent pas avoir été l'objet de mesures aussi rigoureuses, et Saül conserva le pouvoir suprême, il se sentait soulagé aux accords de la harpe de David, et l'esprit malin se retirait de lui. Cet appel à la musique bienfaisante devint fréquent au cours des siècles, et la cour d'Espagne vit disparaître, aussitôt que Farinelli chantait, la dépression mélancolique de Philippe V et de Ferdinand VI. Mais l'humeur de ces monarques était douce auprès de celle de Saül.

Il prit en grippe son artiste favori, faillit à diverses reprises le percer de sa lance, et David jugea prudent de se soustraire à une mission aussi périlleuse.

Nabuchodonosor ne resta pas davantage confiné dans son palais. S'imaginant être changé en bœuf, il vécut librement dans la prairie, exposé à la rosée du ciel, et cette cure de plein air lui fut en somme favorable. Les récits chaldéens ne nous offrent pas d'exemple d'une thérapeutique quelconque des maladies mentales ; sans doute la guérison était-elle implorée dans les temples, comme pour les autres affections, et le sacrifice aux dieux accompagné de l'invocation accoutumée : Que par ton ordre il soit délivré de cette affliction, que son mal lui soit enlevé. En Egypte, on conduisait les mélancoliques dans des sanctuaires où tout se trouvait réuni pour agir sur les sens et sur l'imagination, et ce serait, dit-on, aux prêtres de ce pays que Mélampe emprunta l'art des incantations. Mais il doit surtout sa réputation à la guérison des trois filles de Proetus, Lysippé, Iphinoé et Iphianassa. Avaient-elles osé comparer leur beauté à celle de la vindicative Héra ? Avaient-elles dédaigné le culte de Dionysos ? On ne savait. Frappées par la colère divine, et suivies des femmes argiennes contagionnées, elles allaient par les campagnes et les emplissaient de leurs mugissements. Mélampe recourut à l'ellébore, dont il avait constaté les effets sur des chèvres, et compléta la cure par des immersions dans une piscine chaude. Pour prouver sa reconnaissance, Proetus lui donna une de ses filles en mariage, et Mélampe, qui avait l'esprit de famille, fit épouser une de ses belles-sœurs à son frère

Bias. On ne songeait guère alors aux rechutes, aux tares héréditaires. Il est vrai que dans la dot des princesses figurait une portion du royaume, et peut-être un pareil argument n'était-il pas sans quelque valeur, dans les calculs des plus doctes personnages, en ces temps reculés de l'Hel-lade antique.

Esculape, au dire de Galien, pour dissiper les troubles de l'esprit, prescrivait l'exercice physique, des divertissements variés, et proportionnait la nature du remède à celle de la maladie. Son nom, plus tard, fut divinisé, des sanctuaires consacrés à sa mémoire, et les Asclépiades, qui faisaient remonter leur origine à ses fils, Machaon et Podalire, se transmirent, de génération en génération, la doctrine mystérieuse. L'un d'eux se nommait Hippocrate. Le premier il nous a laissé une description des affections mentales ; il interdit l'usage du vin et des exercices violents. Asclépiade de Bithynie, dont la réputation fut grande à Rome, regarde au contraire le vin comme un excitant cérébral utile ; il ordonne à ses malades l'air, la lumière, une musique harmonieuse et le balancement dans un lit suspendu. Celse prône le changement de milieu, la vie au grand air, les bains, l'exercice, les distractions, mais il admet, pour dompter les récalcitrants, le jeûne, les chaînes et les coups. Cette répression brutale des passions violentes est une doctrine vieille comme le monde, mais on la voit pour la première fois, dans un ouvrage didactique, appliquée aux délirants. La tradition s'en maintint d'âge en âge, et des hommes tels que Savonarola, Jacques Sylvius, Plater, Thomas Willis et Cullen, partisans de la bienveillance à l'égard des malades



paisibles, estimaient nécessaire, pour rendre les agités plus malléables, le recours aux châtiments.

Pour le traitement des phrénétiques, Arétée conseille le repos et le calme absolu, soit dans l'obscurité, soit à la lumière, suivant les indications. Caelius Aurelianus défend de frapper les aliénés, de les enchaîner, de les irriter. Devient-il indispensable de mettre l'un d'eux hors d'état de nuire, plusieurs hommes s'emparent de lui à l'improviste et le transportent dans un local isolé, situé de préférence au rez-de-chaussée, peu éclairé et sans aucune peinture murale. La contention mécanique, si on la juge utile, ne doit occasionner aucune gêne. Il appartient au surveillant de modifier, avec patience et en évitant de l'exciter, les idées erronées du malade. Au début de la convalescence, on l'engage à lire à haute voix, en choisissant des ouvrages où se trouvent quelques fautes, dont la rectification exerce l'esprit. Puis on recherche des occupations plus sérieuses, propres à rendre à l'intellect sa pleine capacité, et tout travail psychique est suivi d'une promenade, l'exercice favorisant la santé. Pour terminer, le changement de milieu et les voyages sont souvent profitables.

Alexandre de Tralles unissait le traitement moral au traitement physique, Paul d'Egine n'employait les procédés de contrainte qu'avec ménagement et recommandait la douceur. Dans la mélancolie, Avicenne conseillait la musique, la gymnastique et l'usage de la balançoire. Rhazès prônait le jeu d'échecs.

Lorsque le roi Charles VI fut atteint de folie, Guillaume de Laon s'appliqua surtout à éviter les sujets de contrariété et à lui procurer des distrac-

tions variées. Il mit à ses côtés, pour bercer les chimères de son esprit égaré, la belle Odette de Champdivers, et la reine Isabeau n'en conçut nul ombrage ; elle avait, d'ailleurs, d'autres occupations.

La médecine mentale subissant peu à peu l'empreinte des idées dominantes, nombre d'aliénés sont regardés comme possédés, et pour eux le traitement n'a qu'un seul but, les libérer du démon. Soumis eux-mêmes aux croyances générales, ils ne nient pas comme des coupables, ils avouent leurs relations avec les puissances infernales. Les uns gémissent et invoquent la protection de l'Eglise, les autres se glorifient de leurs actes et sont livrés au bras séculier. De grands esprits subissaient l'influence ambiante et acceptaient les préjugés de l'époque. Ainsi Fernel croyait aux sorciers, aux maléfices, aux envoûtements, à ces êtres malfaisants qui emploient les philtres, les sortilèges, les enchantements, et se plaisent à introduire des démons dans le corps de leurs ennemis.

Dès le seizième siècle, quelques voix s'élèvent en faveur des victimes. Le jurisconsulte Alciat attribue les visions fantastiques à une disposition mélancolique relevant de la médecine, et blâme un inquisiteur piémontais qui a envoyé au bûcher un grand nombre de sorcières. Cornelius Agrippa, se trouvant, en l'année 1518, syndic et avocat général de la ville de Metz, prend la défense d'une jeune paysanne accusée de sorcellerie, et s'oppose avec succès à la procédure de Nicolas Savini, inquisiteur de la foi. Son disciple Jean Wier, médecin du duc de Clèves, affirme qu'il s'agit de malades, méritant la compassion et non le châtiment. Aussi lui-même est-il soupçonné d'être un adepte de la magie noire.

Bodin, dans sa *Démonomanie des sorciers*, consacre un chapitre à la réfutation d'opinions considérées par lui comme celles d'un homme très ignorant ou très méchant. « Or Jean Wier, remarque-t-il, montre par ses livres qu'il n'est pas ignorant, même qu'il est médecin, et néanmoins il enseigne en ses livres mille sorcelleries damnables ».

Dans un ouvrage sur la magie naturelle, publié à Naples en 1559, Jean-Baptiste Porta attribue les vaines imaginations qui hantent le sommeil des sorciers aux onguents dont ils font usage. Lemnius Levinus, qui exerça successivement la médecine et le sacerdoce à Zierikzee, en Zélande, fait de l'épilepsie une maladie naturelle, non attribuable au démon, et les expressions inconnues, dont se servent parfois les possédés, proviennent pour lui de l'excitation cérébrale. Ponzinibius s'élève contre les idées régnantes ; les individus inculpés de pacte avec le diable ont simplement l'esprit troublé. Réginald Scott s'efforce de prouver que la religion et la raison repoussent également la croyance aux sorciers, et qu'il s'agit d'imposteurs ou de malades ; opinion qualifiée de damnable par le roi Jacques, souverain d'Ecosse et d'Angleterre, dans sa *Démonologie*. Montaigne les regarde non comme des coupables, mais des fous, et aux arguments contraires il répond : « C'est mettre ses conjectures à un bien haut prix que d'en faire cuire un homme tout vif ». Pierre Pigray, chirurgien du roi Henri IV, ne partageait pas, sur les influences démoniaques, les idées de son maître Ambroise Paré ; chargé, en 1589, d'examiner quatorze possédés condamnés à mort, et reconnaissant en eux des malades, il parvint à les sauver.

Dix ans plus tard, une commission dont faisaient partie Duret, Marescot et Riolan, devait élucider le cas de Marthe Brossier, dont les convulsions étaient attribuées à une intervention diabolique. L'exorciste ayant défié les incrédules, au risque de leur vie, de s'attaquer directement au démon possesseur, Marescot saisit la possédée à la gorge, en lui intimant l'ordre de se taire, et la crise s'arrêta. Guillaume Baillou fut un jour appelé auprès d'une jeune fille qui présentait des troubles mélancoliques, et se trouvait dans l'impossibilité, bien que fort pieuse, d'avaler une hostie. On parlait de possession, et l'on avait déjà recouru aux exorcismes; il fut d'avis, sans négliger les remèdes divins, d'employer aussi les remèdes humains, et les résultats obtenus furent favorables. Prosper Alpin ramène à la maladie la plupart des faits attribués au démon. Du Laurens conseille de ne pas abandonner les mélancoliques à eux-mêmes; il est préférable de leur procurer, si possible, une agréable compagnie, il faut savoir les flatter à l'occasion, acquiescer à leurs désirs, les rassurer, les entretenir de sujets plaisants. Rappelant, avec Avicenne, que certaines choses étranges, faites par les mélancoliques, étaient prises par le vulgaire pour la preuve d'une possession diabolique, il ajoute : « Combien y a-t-il, en notre temps, de grands personnages qui font difficulté de condamner ces vieilles sorcières, et qui croient que ce n'est qu'une humeur mélancolique qui déprave leur imagination ? » Jacques Ferrand, dans son traité de la maladie d'amour ou mélancolie érotique, publié en 1623, nous dit avoir connu, à Castelnau-dary en Lauragais, deux jeunes femmes qui croyaient, chaque nuit, coucher avec un démon ou

un magicien, malgré la présence de leurs maris. « Lesquelles, ajoute-t-il, Dieu guérit par nos remèdes et reconnaissent à présent la dépravation de leur imagination et leur folie ».

Une épidémie de convulsions, attribuée à une intervention diabolique, éclatait à Toulouse en 1681, et le Parlement chargeait François Bayle, dont la parole faisait autorité, de procéder à une enquête. Dans son rapport il signalait la force irrésistible de l'esprit d'imitation, chez ces populations ignorantes et superstitieuses, dont les entretiens habituels avaient surtout pour objet les maléfices et les sorciers, et il déclarait ne trouver aucune preuve de sortilège, possession ou obsession. Sur son conseil, ces femmes furent isolées ; le silence se fit autour d'elles, le mal était enrayé. Il fallait du courage pour se prononcer aussi catégoriquement, à une époque où, dans nos provinces, se maintenait vivace la croyance au pouvoir diabolique. Le temps n'était pas éloigné où Pierre de Lancre vaquait, suivant son expression, à la recherche des sorciers du Labourd, pays où, disait-il, « il y a bien peu de familles qui ne touchent au sortilège par quelque bout ».

Jean de Rhodes, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, eut à traiter une jeune fille, mélancolique et mystique, qui, s'imaginant être possédée, tombait en convulsions et prononçait des paroles étranges ; il lui ordonna les distractions, les promenades et une eau minérale. Une autre femme était, au dire de sa famille, obsédée par l'esprit malin qui, chaque nuit, la frappait et la laissait couverte de meurtrissures ; après un examen attentif, de Rhodes déclarait que le démon ne jouait là aucun rôle et qu'il

s'agissait de mal caduc. François de St-André pratiquait son art à Coutances, sa ville natale, dans un milieu où les idées superstitieuses étaient fort répandues ; aussi put-il faire de ces questions une étude approfondie. Ses lettres sur la magie, les maléfices et les sorciers parurent seulement en 1725, après avoir subi les corrections imposées, et cet ouvrage, profondément remanié, suscita néanmoins l'indignation du sieur Boissier, qui consacra un livre à sa réfutation. Saint-André considère les prétendus sorciers comme des malades, semblables à ceux qu'il avait rencontrés aux Petites-Maisons. Pour lui le sabbat est une chimère, et l'on a coutume d'imputer au diable les effets dont on ne sait pas découvrir la cause. Le fait même d'avoir rencontré nue, dans quelque lieu écarté, une personne accusée de sorcellerie, ne prouve pas son transport par un démon ; il peut s'agir de somnambulisme ou d'un accès de délire. Le sabbat, ses danses, ses orgies, se passent tranquillement au lit, soit en songe, soit sous l'influence d'un narcotique. La découverte, sur quelque partie du corps, de la marque insensible, n'est pas davantage un indice de sortilège, mais un effet de la nature ou de l'art. Quant aux prétendus possédés, il existe parmi eux des malades, et ceux-là sont à plaindre ; il faut les soulager et s'efforcer de les guérir. Mais beaucoup d'autres sont des imposteurs qui cherchent à égarer l'opinion publique ; ils ne méritent aucune pitié. « Je suis persuadé, ajoute Saint-André, qu'on n'entendrait plus parler de filles et de femmes possédées, si d'abord qu'il en paraît quelqu'une, on l'arrêtait, on la faisait jeûner au pain et à l'eau, et on la fouettait vivement deux ou trois fois le jour ».

Mercuriali plaçait les maniaques dans des pièces sans fenêtres, ou à ouvertures élevées et hors d'atteinte, et ne laissait à leur disposition ni armes, ni cordes, le repos devait être complet, et toute cause d'excitation évitée ; quant aux mélancoliques, il les faisait vivre dans une atmosphère chaude et humide, en pleine lumière, et prescrivait un exercice modéré. Sylvius de Le Boë affirme avoir guéri plus de maladies de l'esprit par le traitement moral que par les médicaments. Nicolas Tulpius, d'Amsterdam, ayant à soigner un peintre qui refusait de marcher, ses os étant devenus, croyait-il, flexibles comme la cire, recourut à la suggestion, et se fit fort de le guérir en six jours, s'il exécutait strictement toutes ses recommandations. Au bout de trois jours il l'autorisait à se mettre debout, à condition de ne pas faire un seul pas ; enfin le sixième jour il déclarait que la marche devenait possible, et le malade était guéri.

Morgagni avait souvent entendu son maître Valsalva réprouver les méthodes préconisées par Celse pour réprimer la violence de certains aliénés. A l'exemple de Caelius Aurelianus, le médecin de Santa Orsola préférait la bienveillance à la rigueur, et si parfois, dans les cas de vive agitation, l'emploi de la contrainte lui paraissait nécessaire, il recommandait aux infirmiers de laisser les menottes suffisamment lâches, et de les garnir intérieurement d'étoffes douces et de toile de lin. Chiarurgi devait plus tard suivre cet exemple et s'opposer à l'usage des chaînes. Baglivi donnait également la préférence au traitement moral.

Le 4 mars 1730, le Provincial des Hospitaliers de Saint-Jean de Dieu écrivait aux frères de la Maison

de Charenton pour les engager à traiter les déli-rants avec douceur et à exiger de leur personnel les mêmes procédés. L'ordre avait été introduit en France par Marie de Médicis et, parmi ses établis-sements, quelques-uns comprenaient un pensionnat pour les aliénés. Le même rôle était joué en Espagne par les Frères de la Merci, à une époque antérieure. En 1407, Jean-Gilbert Joffre, prédicateur réputé, avait attiré l'attention publique sur la pénible situation des nombreux aliénés errant en liberté dans les rues de Valence, et, pour ériger une mai-son à leur intention, il forma une confrérie dite des Innocents. Seize ans plus tard, Alphonse V, roi d'Aragon, fondait l'hôpital général de Saragosse. Dans cet établissement, consacré aux malades *Urbis et Orbis*, et dont la réputation fut grande, le prin-cipal remède, pour les aliénés, était le travail, soit en plein air, soit à l'intérieur ; les malades aisés, payant une pension, ne se trouvaient pas astreints à la même règle, et l'expérience montra chez eux de moindres chances de guérison. Mais les procédés de douceur ne furent pas seuls employés dans tou-tes ces maisons, et l'on raconte que Jean de Dieu, fondateur de l'ordre de la Charité, ayant été enfermé, comme insensé, à l'hôpital de Grenade, on décida, pour le calmer, de le fouetter jusqu'au sang. Le résultat ne fut guère favorable, et seules les visites de Jean d'Avila, l'apôtre de l'Andalou-sie, produisirent un effet salulaire. Après avoir rempli volontairement les fonctions d'infirmier, Jean de Dieu fit vœu, en quittant l'hôpital, de se consacrer désormais au service des pauvres.

En France, au XVIII<sup>e</sup> siècle, un assez grand nombre de maisons religieuses admettaient des déli-



rants. Si l'organisation restait souvent défectueuse, la pénible situation de ces infortunés éveillait en général la compassion. Beaucoup étaient de simples garderies, dans d'autres on s'efforçait d'obtenir une amélioration, enfin, dans quelques-unes, le but principal semblait être le lucre. Fodéré, dans sa jeunesse, avait visité, à Pontcharra, un établissement où étaient admis « les libertins et les criminels de bonne famille, que les parents avaient intérêt à faire passer pour fous ». Mélangés avec eux, les aliénés subissaient le même régime rigoureux. Des établissements semblables fonctionnaient, nous dit-il, dans des régions peu fréquentées.

Une idée longtemps prédominante fut que les aliénés doivent être dirigés comme des enfants et, suivant les circonstances, récompensés ou punis, et les punitions, autrefois, consistaient surtout en châtimens corporels. Pinel avait entendu parler d'un ancien établissement monastique du midi de la France, où tout malade faisant du vacarme ou refusant de se coucher, était prévenu que la persistance lui vaudrait, le lendemain, dix coups de nerf de bœuf, et toute promesse ainsi faite ne manquait jamais d'être pontuellement exécutée. Commettait-il une faute à table, il en était de suite averti par un coup de baguette sur les doigts, et on lui faisait remarquer, avec calme, qu'il se conduisait mal et devait mieux s'observer à l'avenir. Ce régime ne ressemble-t-il pas à celui qu'endurèrent longtemps les écoliers ?

De Bienville, auteur d'un ouvrage sur la nymphomanie ou fureur utérine, rapporte l'observation d'une malade traitée par lui en 1761. On l'avait placée dans un couvent de Tours et, malgré les

instructions de la famille, il ne pénétra pas sans difficulté dans cette maison, où les pensionnaires, indignement exploitées, n'étaient l'objet d'aucuns soins. Il trouva la jeune fille enfermée dans un cachot, et dans un état de malpropreté indescriptible. La supérieure affirmant l'impossibilité d'emmener une personne aussi agitée sans l'avoir préalablement enchaînée, il répondit que de tels procédés lui paraissaient inadmissibles, et, pour contenir, au cours du voyage, des mouvements par trop violents, il la fit emmailloter avec une bande de toile solide. L'ayant conduite à sa maison de campagne, il obtint la guérison.

Cornelius Klœkhof, élève de Boërhaave et médecin à Utrecht, prenait toujours, en conversant avec les aliénés, un ton cordial et affectueux. Boissier de Sauvages estime qu'il faut beaucoup de douceur pour gagner leur confiance, et une grande patience pour ne pas désespérer du succès ; les secours moraux, suivant lui, l'emportent sur tous les autres. Lorry proclame l'utilité du changement d'air et de milieu et juge aléatoire et périlleuse toute méthode reposant sur l'intimidation ; s'efforcer de modifier le cours des idées délirantes lui paraît préférable. Dufour, dans son essai sur les opérations de l'entendement, propose de réveiller la sensibilité, de ranimer le courage, d'exciter dans le cerveau des idées plus fortes que celles qui obscurcissent le jugement et la raison. Lieutaud recommande, pour combattre la mélancolie, les distractions, l'exercice et les voyages. Charles Andry conseille de ne pas aggraver l'état des malades en les irritant, la douceur et la bienveillance lui semblent préférables. Il préconise le changement d'air et de

milieu, les voyages à petites journées, à pied, à cheval ou en voiture conduite par le malade. Retz, de Rochefort, dont l'ouvrage sur les maladies de la peau et de l'esprit eut trois éditions de 1785 à 1789, attribue ces divers états à une pléthore bilieuse, et les déclare justiciables d'une médication appropriée. L'important est de dissiper simplement et avec douceur les idées délirantes, et d'arriver par la persuasion à faire accepter les remèdes. C'est une erreur, déclare-t-il, de regarder les vaporeux et les mélancoliques comme des malades imaginaires, et de leur offrir, pour tout traitement, des amusements et des discussions philosophiques, car ils seraient en droit de répondre : « Otez-nous donc la source qu'il y a en nous des idées tout à fait contraires à la gaieté et à la saine raison ».

En 1785 paraissait l'instruction de Colombier sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison. Reconnaisant que seuls les malades aisés peuvent espérer des soins, il montre les milliers d'indigents errant en liberté, ou renfermés dans des maisons de force où, souvent enchaînés, ils restent privés de soins et de remèdes. Aussi propose-t-il la création d'établissements propres, aérés et salubres, avec locaux séparés pour les agités, les sujets tranquilles, les imbéciles et les convalescents ; tout mauvais traitement à leur égard devant être interdit, et les coups « regardés comme des attentats dignes d'une punition exemplaire ». Bailly, dans un rapport présenté l'année suivante à l'Académie des sciences, signale la situation déplorable du service des aliénés à l'Hôtel-Dieu. Dans son mémoire sur les hôpitaux, imprimé en 1788, Tenon insiste également sur l'état défectueux de ces salles où les

lits sont peu nombreux, et où les malades restent toujours confinés, n'ayant à leur disposition ni cour ni promenoir. Il réclame l'envoi de toutes les personnes atteintes de troubles mentaux et considérées comme curables, dans un hôpital où deux cents lits leur seraient réservés en un quartier spécial. Ce quartier ferait par lui-même fonction de remède, les malades ayant la liberté, tout en restant surveillés, de quitter leurs loges et de circuler dans les galeries et les promenoirs. Il est regrettable qu'un philanthrope aussi éclairé, auteur d'un vaste projet de réformes, n'ait pas absolument condamné l'usage des chaînes ; il propose d'en fixer aux murs des réfectoires et des chauffoirs, près des bancs, et au pied des crèches dans les loges, les unes pouvant, dit-il, maintenir par le corps « ceux dont il est prudent de s'assurer », les autres servant à prendre par le pied celui « qu'il est nécessaire de contenir ». Le duc de La Rochefoucauld-Liancourt, dans un rapport sur les hôpitaux et les prisons présenté à l'Assemblée nationale, montrait la déplorable condition de ces malheureux, exposés à la curiosité des visiteurs et aux sévices des gardiens. Dans le nouveau plan de constitution pour la médecine en France, présenté également à l'Assemblée nationale en 1790, la Société royale de médecine demandait la création, dans les hôpitaux ordinaires, d'une salle réservée aux délirants, et d'une division pour les maladies exigeant un traitement particulier, comme les affections maniaques, convulsives et épileptiques ; elle envisageait aussi l'organisation d'hôpitaux spécialement destinés au traitement de la folie.

Daquin, médecin de l'hôpital de Chambéry, ayant pris, en 1787, la direction du quartier des

aliénés, y avait trouvé une quarantaine de malades. Leur situation pénible l'impressionna vivement, et il déclare « que celui qui voit un fou sans être touché de son état, ou qui ne le voit que pour s'en amuser, est un monstre moral ». Aussi interdisait-il l'entrée du service à toute personne étrangère. Au cours de fréquentes visites, il s'entretenait familièrement avec les malades, s'efforçant d'atténuer leurs misères. Un de ses plus vifs désirs eût été de retirer ces infortunés des pièces sombres et malsaines où ils végétaient, et de les faire vivre au grand air, mais l'enclos de l'hospice était rempli de plantes potagères et d'arbres fruitiers, et il y avait trop peu d'infirmiers pour exercer la surveillance nécessaire et s'opposer aux dégâts. C'est également en 1787 qu'Abraham Joly fut appelé, à Genève, à prendre la direction de la Discipline, dépendance de l'hôpital réservée aux aliénés ; il s'efforça de combattre l'emploi des chaînes. En Angleterre, John Howard avait signalé la présence, dans les prisons et les maisons de correction, de nombreux aliénés dont on ne prenait aucun soin et que peut-être un traitement approprié pourrait ramener à la raison. La maladie de George III éveilla plus particulièrement l'attention publique. En 1792, une réunion provoquée par le président du Collège des médecins d'Edimbourg et le Lord Prévôt de la cité prévoyait la création d'un établissement spécialement réservé aux aliénés ; telle fut l'origine de l'asile royal de Morningside. Quelques jours après, un simple négociant de la ville d'York, William Tuke, proposait à une assemblée de la société des Amis la fondation de la maison qui fut nommée la Retraite.

D'autres que Pinel ont donc pris en pitié le sort des aliénés, d'autres se sont efforcés de les soigner, de les guérir. Est-ce une raison suffisante pour déprécier son rôle, pour lui opposer de vaines questions de priorité ? L'action doit saisir l'instant propice ; sinon, les pensées les plus généreuses ne donnent pas de fruits, les succès restent partiels, sans résultats durables. Mais si les circonstances se montrent favorables, si la réforme semble mûre, alors peut surgir la personnalité puissante qui saura l'imposer.

En 1778, année qui vit disparaître Voltaire et Rousseau, Pinel arrivait à Paris, âgé de trente-trois ans. Il y vécut longtemps dans le travail et la méditation, ignoré du grand public, et c'est dans la société d'Auteuil, dans le salon de Mme Helvétius dont il fut un des familiers, que Cabanis, Cousin et Thouret, les futurs administrateurs des hôpitaux, le rencontrèrent et apprirent à le bien connaître. Aussi quand il fut question de mettre un terme aux abus et de transformer le régime des aliénés dans les hospices parisiens, ils déclarèrent, sans hésiter, que pour mener à bien une tâche pareille, l'homme idoine était Pinel.

D'autres se seraient sans doute enorgueillis de ce choix, et le succès final les eût peut-être grisés. Mais lui, parvenu même au faite des honneurs, devait demeurer simple et modeste, et écrire un jour, à propos de l'œuvre accomplie : « Un concours heureux de circonstances a amené ce résultat ». Considérant les aliénés comme des malades, il expose, en ces quelques mots, sa ligne de conduite à leur égard : « Réprimer avec sagesse leurs écarts, éviter tout ce qui peut les exaspérer, ne

jamais perdre leur confiance ou savoir toujours la regagner ». La besogne était rude et l'heure difficile ; on se trouvait en pleine tourmente révolutionnaire. Les résistances, les obstacles, les dangers barraient la route, et les débuts furent pénibles. Durant ses deux années de séjour à Bicêtre, son énergie et sa persévérance ne purent aboutir à la libération de tous les maniaques enchaînés, et son départ pour la Salpêtrière retarda jusqu'au 23 mai 1798 la disparition complète et définitive d'une pratique surannée. Il lui avait été également impossible d'obtenir de l'administration, malgré des instances réitérées, un terrain de culture pour les convalescents.

Lorsque sa volonté tenace eut enfin réalisé dans les deux hospices les réformes nécessaires, il restait à les étendre à la France entière. L'œuvre lui semblait belle et il avait la foi ; mais des occupations absorbantes le retenaient à Paris, et ses forces commençaient à décliner. Il sut trouver le confident de ses pensées, de ses espérances, il en fit un autre lui-même, et ce fut Esquirol ; puis il lui adjoignit Ferrus. Les temps étaient venus ; le maître avait semé la graine, et les disciples allaient faire la moisson.

René SEMELAIGNE.

---

# LA COMPLEXION DES SCHIZOPHRÈNES

## Faits et hypothèses touchant les rapports du Physique et du Moral dans la Schizophrénie

Par le Dr W. BOVEN (de Lausanne)

---

Les études de Kretschmer, aujourd'hui professeur à Tubingue, ont certainement éclairé d'un jour nouveau le problème des corrélations somato-psychiques dans les maladies mentales. Bien que ses observations et ses idées ne soient certes pas restées inconnues en France, il me paraît d'autant moins superflu de les récapituler en trois mots ou trois pages, que c'est à leur contrôle et à leur vérification que je m'attache et que, par conséquent, c'est d'elles que je pars.

Il y aurait parmi la diversité bigarrée des hommes deux classes d'êtres, deux classes d'âmes qui s'opposent les unes aux autres par le caractère contrastant, et pourrait-on dire antonyme, de leurs traits moraux. Les uns qui nous paraissent souvent renfermés, réservés et froids, mais non pas toujours insociables, sont de ceux dont les idées et les sentiments ne se devinent guère. Sensibles ou insensibles, rudes ou fins, intelligents ou non, ces hommes ne communient pas dans l'émotion de leur entourage, ne vivent pas à l'unisson des sentiments émanés du cœur des autres ; chacun d'eux vit en soi, pour soi. Ce n'est pas égoïsme, c'est autisme. Je pousse à dessein un trait qui n'est parfois qu'à peine marqué.

D'autres, au contraire, semblent diffuser leur sensibilité en intérêt et sympathie ; oscillant entre les extrêmes de la tristesse et de la joie, ils partagent la peine et le plaisir d'autrui.

Les premiers, au moi si mat, Kretschmer les nomme des schizothymes ; les seconds, au cœur diffusant, des



cyclothymes. Ces deux catégories sont faites d'individus normaux.

Exagérons maintenant les traits de l'un et l'autre caractère : l'autisme recroquevillé, étréci, accentue l'impression de la distance et de la froideur et relègue l'âme un peu au delà des frontières du normal ; Kretschmer appelle schizoïde (schizoïdien) ce caractère devenu pathologique. Enfin le terme de schizophrénie marque la troisième et dernière étape de cette ascension ou plutôt de cette déchéance d'un autisme normal à l'autisme maladif, par la rétraction de plus en plus déchirante de l'âme en soi, par son détachement morbide du réel au profit de Dieu sait quelles épaisses rêveries.

Concevez d'autre part, une dégradation parallèle mais non pas homologue dans le caractère cyclothyme ; et cela sous l'aspect d'une inclination de plus en plus sensible à la joie ou à l'anxiété, à la tristesse, à la fois plus intense et plus prolongée, et voici le groupe des cycloïdes, exaltés ou déprimés, au caractère nettement anormal. Que cet excès s'aggrave encore en intensité comme en durée, c'est l'état de manie, de mélancolie, et de leurs combinaisons multiples. Cyclophrénie si l'on veut.

Or, Kretschmer établit par des observations qui portent sur près de 400 personnes, dont un grand nombre de malades et aussi d'individus normaux, qu'à chacune de ces deux grandes catégories correspond une constitution corporelle typique et spécifique.

Le individus appartenant au type cyclique sont plutôt d'apparence épaisse. Tronc corpulent, membres grêles, plus de graisse que de muscles ; la tête, de forme arrondie, se dessine en courbes douces, exemptes d'angles, de saillies et d'arêtes vives. Le nez s'inscrit dans un galbe mousse, sans pointes. La face affecte la forme d'un pentagone, d'un écu ancien. Les cheveux sont fins, souples, ondulés, frisans et leur aire n'empiète pas sur le territoire de la nuque ou du front. La calvitie en fait bien souvent reculer les frontières. La peau est fine, souple, bien irriguée.

Tel est le type physique que Kretschmer appelle

pycnique (épais), ce qui, à vrai dire, sonne assez étrangement en français. Disons « pycnoïde », ce qui revient au même.

Tout autres sont les hommes affiliés par la nature au groupe schizoïde. C'est Don Quichotte après Sancho Pança. Plutôt longs, secs, ils se répartissent en trois variétés.

1° Les *asthéniques*, autant dire des gringalets, de haute ou basse taille, au thorax étriqué, à l'habitus phtisique, aux membres longs et grêles. La tête est petite ou grosse, le crâne allongé, pointu, turriforme, scaphoïde, cystoïde. Variable et divers par la forme, il n'évoque pas l'harmonieuse douceur de lignes du crâne des « trapus ». Face ovoïde, en forme d'œuf long ou court (car il en est de l'une et l'autre sorte!). Le nez est prononcé, allongé, pointu, aquilin ou droit ; s'il n'est pas de dimensions gasconnes, du moins il perce, il troue, il saillit. Le profil est rendu anguleux par la proéminence nasale. Kretschmer parle de Winkelprofil, de Langnasenprofil. L'étage moyen du visage en est agrandi, parfois disproportionnément.

2° Les *athlétiques* groupent un certain nombre d'êtres bien bâtis et musculeux. Pas de surcharge graisseuse. C'est l'image de la vigueur, non de la pléthore. Les têtes sont souvent hautes, de lignes roides, d'aspect compact et massif, parfois de formes denses, grossières et pâteuses.

Enfin, 3° les *dysplastiques* sont des êtres mal venus, des contrefaçons du type dysendocrine, eunuchoïdes acromégales, myxoédémateux, ratés dyscrasiques de tout acabit.

Un trait physique commun à toute la gent schizoïdienne, c'est le contraste entre un développement souvent excessif du système pileux primaire (cheveux, lanugo des membres, etc.), qui déborde son territoire d'implantation normale pour piquer de sa toison hirsute et drue les confins généralement glabres, et la croissance précaire, parcimonieuse du système pileux secondaire, pubéral (barbe, moustache, touffe pubienne), qui végète sur une peau boursouflée, acnéique, d'apparence souvent malsaine et sale. La calvitie n'a pas de

prises sur cette chevelure en tignasse. Ces traits sont les attributs des schizoïdes. Kretschmer ne leur donne pas de nom générique.

On remarquera qu'ils caractérisent les visages de la gent schizoïdienne, des schizothymes normaux aux schizophrènes pathologiques. Ils ne s'accusent pas dans la proportion où le caractère schizoïde s'accroît. C'est un air de famille. Il en est de même des cyclothymes de toutes nuances.

Ajoutons enfin que les femmes, selon Kretschmer, offriraient à l'examen, les mêmes particularités physiques, selon leur espèce mentale, mais moins nettes.

Enfin Kretschmer a étendu à la sphère intellectuelle et morale ses belles investigations. J'en parlerai plus loin



J'ai fait, de la manière que j'ai jugée bonne, une vérification de ces données, à l'asile de Cery. M. le Professeur Preisig m'en a, obligeamment comme toujours, ouvert les portes toutes grandes. Je n'ai pas cru nécessaire de suivre Kretschmer dans ses mensurations rigoureuses et compliquées. Pour être utile et pratique, sa catégorisation doit être aisée. Lorsque, au juger, tel cas est discutable, il le demeure encore à l'aune. En cette matière, d'appréciation parfois délicate, j'en crois plus mon œil que mon doigt. Qu'est-ce qu'un pycnoïde, qu'est-ce qu'un asthénique que les chiffres et non la vue me révèlent ? Si j'admets l'existence des intermédiaires tels que dysplastiques-asthéniques, athlétiques-dysplastiques, par exemple, je suis assuré de ne point me trouver dans l'embarras, si les faits répondent vraiment à la théorie. Si ces intermédiaires ne rendent pas compte des nuances physiques de l'être, c'est que le cadre de la théorie alors, en doit être élargi.

J'ai examiné 52 schizophrènes, de type mental indiscutable, choisis par mon confrère M. le Dr Steck, et 20 cyclophrènes, maniaques ou mélancoliques, exempts de traits schizoïdes. Voici mes constatations :

Sur ces 52 schizophrènes, je compte et j'examine séparément 30 hommes. J'y dénombre aisément :

15 asthéniques, soit 50 0/0 (Kretschmer : 46 0/0) ; 4 dysplastiques (dont 2 eunuchoïdes), soit 13 0/0 (K. : 19 0/0) ; 2 asthéniques-dysplastiques ; 3 athlétiques, soit 10 0/0 (K. : 14 0/0) ; 3 pycnoïdes, soit 10 0/0 (K. : à peu près 3 0/0) et 3 individus indéterminables, normaux de forme et de visage, exempts des stigmates asthéniques, athlétiques, pycnoïdes et dysplastiques. En tout 21 asthéniques et dysplastiques, soit 70 0/0 (K. : 65 0/0 à peu près).

Les 22 schizophrènes du sexe féminin m'ont donné beaucoup plus de fil à retordre. Si j'y ai, sans trop de peine, reconnu 12 asthéniques (54 0/0) et 2 échantillons de la variété « *pastös-plump* », c'est-à-dire pâteux-lourdaud, que Kretschmer range soit dans la dysplasie, soit dans l'athlétique, en revanche 8 femmes sont demeurées à mes yeux hors la loi, inclassables selon les normes en usage, mixtes en somme.

Cette impression de confusion ou de mélange s'est dégagée de plus en plus des examens qui suivent. Sur 7 cyclophrènes masculins, je compte 2 pycnoïdes vrais, 1 asthénique et 4 individus normaux, ou mixtes, comme il plaira. Rien de spécifique : un mélange brassé de traits discutables et peu nets.

Sur 13 cyclophrènes, du sexe féminin, je mets aisément à part 3 pycnoïdes vraies, 3 types plutôt dysplastiques et 7 métiis indébrouillables.



Il n'est peut-être pas téméraire de chercher à tirer parti de l'examen de ce petit nombre de malades. Conscient de toutes les réserves que l'exiguïté de ce microcosme m'impose, je formule un avis plutôt qu'une opinion, touchant les rapports du Physique et du Moral dans la schizophrénie.

Le fait le plus saillant et le plus caractéristique à mes yeux, c'est la fréquence du type dysplasique, au sens de mal bâti, de disproportionné, dans la démence précoce. Kretschmer distingue les asthéniques des dysplastiques et des athlètes. A mon sens, tous les individus de ces trois catégories sont des échantillons du raté, en matière plastique, si l'on s'en tient au

canon anatomique de l'homme normal. L'asthénique est un hypoplastique, un déficitaire, un étique. Le dysplastique de Kretschmer est un difforme, eunuchoïde, gigantesque, acromégale, hypophysaire, adiposo-génital, etc. L'athlète, au sens qu'il donne à ce mot, n'est pas du tout un bel éphèbe de Myron, mais un corps puissant, à vrai dire, et mal pris. Jugez-en, d'après K. lui-même : la tête est haute, compacte ; le relief osseux trahit sa masse épaisse aux clavicules, aux mains, aux pieds pattus, parfois acromégales. L'hypertrophie intéresse les muscles, la peau, les os. Les photographies que j'ai sous les yeux représentent des têtes denses, grossières de lignes, comme équarries dans le bois, des corps taillés à la hache. Ces athlètes sont des forains laids à voir. Ainsi, quel que soit l'un ou l'autre de ces trois groupes, un caractère leur est commun : la dysplasie. *Aussi les voudrais-je réunir tous trois sous ce nom.*

Même remarque en ce qui concerne les particularités physiques de la femme schizophrène. Tandis qu'il est malaisé de lui assigner une place dans la classification du psychiatre de Tübingue, un trait fréquent la désigne à l'attention de l'examineur : la dysplasie des formes, la dysharmonie des linéaments du visage. Grosses têtes pâteuses, faces boursoufflées et camardes, masque pâle aux yeux écartés du nez, laideurs de dégénérescences, corps débiles ou gonflés de bourre, ce sont autant de formes disgraciées et caticaturales.

L'examen des formes révèle encore un autre fait digne d'intérêt. Sans aucun doute, il est des schizophrènes qui, du point de vue corporel, sont ou pycnoïdes ou normaux. Leur âme est schizoïde, leur corps pycnoïde, par une sorte de contradiction qui touche au paradoxe. Ces deux aspects sont donc assez indépendants l'un de l'autre. L'homme est fait de deux parts et l'hérédité morphologique comme l'hérédité psychologique témoignent d'une extrême diversité dans la combinaison de ces parts et de ces parcelles de parts. Un fils a le nez de sa mère, ses yeux, son front et ne lui ressemble en rien par la stature, οὐ δέμας, οὐδὲ φῶν. Un enfant a le caractère de son père et les traits maternels.

J'ai signalé la fréquence de cette dissociation somatopsychique chez les descendants d'aliénés et l'imprudence des pronostics fondés sur la similitude des traits.



Qu'est-ce que la schizophrénie ? j'entends sous sa forme la plus sévère. N'est-elle qu'une affection de l'âme ? Je crois que l'importance et la netteté des stigmates physiques qui la signalent, nous astreignent à reconnaître en elle, en outre, une maladie du corps. C'est un processus complexionnel. Il me semble que les désordres de l'histogénèse, la dérogation dans le cours du développement des schizophrènes aux lois de la croissance normale, la dysharmonie des formes et le déséquilibre des valeurs tient à quelque dyscrase humorale dont la folie discordante est une autre manifestation, sur le plan spirituel, et que cette dyscrase ne traduirait elle-même que l'incompatibilité de fonctions, de systèmes, d'organes mal ajustés, mal adaptés les uns aux autres par l'hérédité double, bilatérale qui les façonne. L'étude des éléments physiques et moraux dont est fait un individu normal révèle non seulement leur double origine, paternelle ou maternelle, mais encore elle signale, outre des produits de la combinaison de ces deux parts, des faits de juxtaposition en mosaïque de certains de ces éléments, empruntés les uns, au patrimoine paternel, et demeurés purs de tout alliage, et les autres au lot transmis par la mère, et restés purs également, dans la mesure où cette pureté se manifeste. Observez ce visage d'homme : le front, les yeux, le regard reproduisent les traits et les particularités de la mère : ressemblance frappante, indéniable ; le nez et la bouche appartiennent au père, comme un portrait à son modèle. Je ne vois aucun inconvénient à conclure *ab exteriori ad interiorem*, à la probabilité de semblables juxtapositions internes, intimes, profondes, dont l'effet serait parfois moins une combinaison qu'un morcellement des apports bilatéraux.

Je croirais à la prédominance unilatérale de l'hérédité dans la transmission d'une fonction, d'un système

par exemple et par conséquent à l'éventualité d'un désajustement ou d'un malajustement de l'ensemble, rendu, par l'hétérogénéité d'éléments inadaptables les uns aux autres, disparate, asynergique. Et il me paraît que la schizophrénie, expression d'une dysplasie corporelle, comme on l'a pu voir, réside plus intimement encore et consiste même en un désordre plus ou moins douloureux de fonctions mal assorties, et spécialement en une désorganisation comme en un dérèglement du grand appareil de l'émotion sympathique endocrine et cérébral.

La schizophrénie attaque et détériore au moral, non par l'intelligence, mais plutôt les instincts, et les sentiments qui en procèdent. L'intelligence ne vaut, je crois, chez l'être humain, que par les sentiments qui l'animent. C'est dans les perturbations de l'émotivité que se trahit le pouvoir occulte du mal. L'émotivité, prise dans un sens large, et un ensemble de phénomènes réflexes, rejoignant, par une double voie, centripète et centrifuge, la sphère sensorielle — intellectuelle aux centres régulateurs de la vie végétative. On dit de l'émotivité qu'elle est vive lorsque les influx qui parcourent ses lignes jaillissent subits, nombreux, intenses, et déclanchent des réactions très manifestes dans les centres récepteurs. Mais où sont ces voies ? où se fait l'articulation du sensoriel au végétatif ? Plus d'une donnée fait ici penser, avec Nothnagel et Bechterew, à la couche optique, ou plutôt aux noyaux opto-striés en général. C'est là que les deux mondes se touchent, que l'étincelle sensorielle allume la mèche de l'émotion. C'est là... peut-être. C'est là que les dernières recherches, notamment celles de mon ami, le Dr Steck, ont mis à jour des lésions de cellules et de fibres, chez des catatoniques invétérés.

La schizophrénie, envisagée du point de vue psychiatrique, se définirait donc une atteinte plus ou moins grave, mais élective et primordiale de la sphère des émotions et des instincts.

Précisons bien notre pensée, pour hypothétique qu'elle soit. Le morcellement en mosaïque de certains éléments transmis par l'hérédité, la juxtaposition côte

à côté d'une part paternelle et d'une part maternelle, au sein d'un individu né de deux générateurs déjà tarés, réaliserait des phénomènes d'incompatibilité physiologique entre deux fonctions, comme, par exemple, la perception par les sens et la transmission des images aux centres de l'activité animale, soit que la puissance de diffusion des uns outrepassé la capacité de réception des autres, soit que le seuil de l'excitation demeure inaccessible, en tel centre, à l'excitant qui, chez les gens normaux, le peut franchir, de telle manière que l'appareil complexe de la vie émotive fonctionnerait, chez le schizophrène, comme un appareil électrique mal calculé, mal réglé, qui gaspillerait sa force électromotrice en courants induits, en étincelles, en fusion de ses propres éléments.

Essayons d'étayer sur cette hypothèse, l'interprétation de quelques phénomènes, dans la pathogénie de la schizophrénie. Tout d'abord il est des degrés dans cette affection. Il en est même tant d'aspects divers qu'on hésite à les grouper tous en un même tableau. De la bouffée délirante éphémère à la démence établie des cas majeurs, il y a toute une gamme, toutes sortes de gammes qui ne se rattachent peut-être pas au même système. Cette gradation du morbide au sain conduit de l'état d'abrutissement à l'état normal. Convaincu que je suis que tout phénomène psychologique a son substratum organique et son foyer, dont il n'est qu'une réverbération sur l'écran spirituel, j'admets sans peine que les pires déchéances de la folie précoce sont conditionnées précisément par les plus graves discordances dans le jeu des fonctions organiques : c'est qu'alors les organes, les appareils et les systèmes ne sont pas faits pour une commune synergie ; ils ne sont pas appropriés les uns aux autres. Ici l'excitation sensorielle déclenche un vrai cyclone dans le territoire des instincts, là les sensations de la cénesthésie envahissent les centres sensoriels et se fusionnent aux données des sens ; ailleurs l'influx nerveux semble échauffer son fil en le parcourant ; ce qui est aisé chez l'homme normal, est laborieux et douloureux chez le schizophrène où tout n'est qu'in-



compatibilité, dysplasie et disproportion. C'est une création manquée, faite d'éléments mal assortis et dépareillés et, ne l'oublions pas, déjà plus ou moins détériorés eux-mêmes. La fusion d'une complexion d'alcoolique, avec la complexion d'un psychopathe insociable ajuste les unes aux autres des pièces de qualité mauvaise et disparates. L'expérience enseigne que la démence précoce est avant tout un produit de combinaison malencontreuse.

S'il en est ainsi, si la réflexion nous autorise à tirer quelques déductions de mon hypothèse, assimilant le système nerveux et le corps entier dans la schizophrénie, à quelque machine aux éléments hétérogènes, j'observerai que l'infirmité majeure de l'être ainsi créé, consiste en une consommation d'énergie, improductive et douloureuse. Heurts, collisions, ratés physiologiques absorbent une grande part de force nerveuse. La transformation des influx, la commutation des courants, toutes ces opérations avortées ou vicieuses, gaspillent un potentiel qui n'est pas inépuisable. De là la disproportion parfois émouvante dans cette maladie, des efforts accomplis et des résultats utiles. Le déficit du rendement est énorme. De là aussi, chez le malade, deux impressions subjectives également navrantes : l'irritation et la tristesse, souvent manifestes au début du processus, toutes deux trahissant la perception plus ou moins consciente de l'inanité d'un labeur incessant et âpre, d'une impossible mise au point. J'y verrais même la cause ou l'une des causes de l'autisme du schizophrène : d'une part, les fonctions qui s'accomplissent mal, engendrent un malaise qui capte et retient l'attention et par conséquent la détourne du monde extérieur (songez à l'effet d'un simple mal de tête !), d'autre part, l'intérêt du monde externe en sollicitant les sens et l'émotion qu'ils éveillent, déclenchent précisément le mécanisme de ces fonctions endolories. Le schizophrène se défend, par l'autisme, contre l'agression d'un intérêt qui le provoque, du dehors, et tente de s'épargner, entre autres, par l'occlusion des sens, le labeur et la souffrance de l'opération mentale que cette agression nécessite. Il perçoit une infériorité

fort alarmante. Si l'on pense à ce que l'activité de la vie sociale, même criminelle, exige d'efforts d'adaptation, d'appréciation, de dosage, de synthèse, on ne sera guère surpris du soin qu'apportent ces aliénés à se soustraire à toutes ces opérations dont ils ne sont point capables. L'image de l'homme est le symbole de leur incapacité morale. Ils la repoussent comme l'image même de leurs maux. L'autisme est une attitude défensive, antalgique.

L'hyperesthésie ou, au contraire, l'anesthésie affective dont souffrent maints schizophrènes, représentent à mes yeux deux étapes ou deux aspects du même mal. Simultanés, chez le même individu, comme l'a remarqué Kretschmer, ces deux phénomènes naissent de la rigueur et de l'étroitesse de la délimitation des intérêts. Rappelée du monde réel par l'autisme tutélaire, la sensibilité s'attache toute aux faits de la vie intérieure, toute au moi dégagé de l'ambiance. Au dehors, anesthésie ou indifférence, au dedans pelotonnement et concentration. Mais souvent ces deux phénomènes se succèdent et l'hyperesthésie n'est que le signe d'une sensibilité débile, vulnérable et par suite éphémère.

Si l'hallucination est vraiment un fait de dissociation mentale, la conséquence d'un schisme du moi partagé et tiraillé entre deux groupes de sentiments ou d'instincts antagonistes, rien, sans doute, ne la favoriserait autant qu'une dyssynergie des fonctions, de nature congénitale. C'est cette discorde permanente, génératrice de malaise, qui s'exprime dans l'âme du malade sous la forme d'un agacement dont nous n'avons pas d'idée, d'un labeur de synthèse exécrant, comme disent le latin et l'anglais, sous la forme d'un délire d'influence ou de persécution, qui est le produit d'une élaboration mentale secondaire, et l'effet d'une projection sur le plan social. Je ne suis pas éloigné de voir dans la catatonie, étendue à tout l'organisme, une mesure de protection, d'économie, ou mieux encore une sorte d'attitude morale antalgique, dont les phénomènes partiels de la flexibilité cirqueuse ne sont qu'une ébauche. C'est un retrait psychique en deçà de la vie, un mode

de fakirisme orienté vers un mode de nirvana, qui dramatise, en cette inertie, un prodigieux besoin de repos.

La niaiserie et le puérilisme témoignent de la persistance, chez le schizophrène, des modes infantiles de l'émotion, à défaut de ceux dont l'expérience et le sentiment accru de notre propre valeur nous gratifient à l'âge adulte. Puérils et niais, en gens qui se sentent insuffisants et faibles, les schizophrènes, il est vrai, en viennent parfois aux outrances de l'orgueil ; il s'agit alors d'un redressement de la personnalité et d'un vrai succès de synthèse et de coaptation mentale aux dépens du monde, au profit du moi : c'est une gibbosité sur un dos, emblème de la guérison du bossu.

Enfin, je voudrais mettre encore un fait en rapport avec mon hypothèse de la dyssynthèse d'éléments disparates, chez le schizophrène. Il s'agit de l'ambivalence. Cette simultanéité dans la production de courants antagonistes, chez le même individu, ce synchronisme de l'impulsion de haine et d'amour, témoigne de l'incertitude de l'orientation des instincts, de l'affolement d'une régulation viciée ; et comment ne le serait-elle pas, en vérité, si les pièces dont son mécanisme est fait, si le jeu des fonctions qu'elle implique, sont toutes entachées de ce vice de l'inadaptabilité, les unes par rapport aux autres. N'est-ce pas vraisemblable aussi que l'ambivalence de l'émotion, conséquence d'une synthèse irréalisable, traduit l'état de défiance et, partant, de défense d'un être mal assuré contre ses semblables ?

Quant aux troubles de l'association des idées, ils me paraissent manifester, non pas du tout une rupture, mais bien au contraire une étroite corrélation entre l'intelligence et le sentiment, dans le sens qu'ils reproduisent sur le plan de l'intelligence, les écarts, les à-coups, les ratés affectifs. Le désordre, l'absurdité, la cocasserie, l'acrobatisme des mots et des discours reproduisent les bizarreries même du cirque des instincts. Là c'est le désarroi, ici l'incohérence.



Je crois que la psychiatrie de l'avenir s'inspirera volontiers des recherches entreprises sur la psychologie expérimentale des émotions, plus encore de l'étude de la dépravation ou des altérations du caractère par les maladies, les accidents et les émotions elles-mêmes. L'examen mental d'une victime de l'encéphalite léthargique par exemple, en dit long sur les ravages de l'âme causés par un microbe et sa toxine. Troubles de l'émotivité, attitudes catatoniques, tels sont entre autres, les stigmates d'une atteinte des corps opto-striés. Il y a de cela aussi dans la schizophrénie, mais combien le processus en doit-il être plus secret et plus complexe ! L'encéphalitique est soudé ; c'est l'ensorcellement d'un homme touché par le doigt d'une mauvaise fée mais point si cruelle qu'elle ne lui accorde l'âme passive qui convient à son corps figé de statue. Le schizophrène, tel qu'il nous apparaît à ses débuts, n'est pas cette victime muette. C'est une âme alarmée qui s'oppose et qui se défend. Il y a lutte, tourment, labeur en lui, jusqu'à la déchéance. C'est que sa maladie est le drame d'un être écartelé lentement par des fonctions devenues antagonistes et qui tirent en tout sens. En un mot, la schizophrénie m'apparaît (l'ai-je assez dit !) comme le fait d'une incompatibilité d'humeurs (*sit venia verbo !*), comme le drame de dissensions physiologiques entre des fonctions décidément disparates, et qui rompent à l'âge de l'adolescence les liens précaires qui jusqu'alors les unissaient.

Je ne tirerai de cette théorie qu'une indication pratique :

C'est qu'il ne serait pas toujours sage d'imposer à l'âme encline à la schizophrénie, sous prétexte de prophylaxie mentale, un régime de sociabilité continue, qui devrait, dit-on, la préserver de la chute dans l'autisme en la maintenant en contact avec le monde réel ; — ce régime, de fait, la soumet à l'épreuve de toutes les sollicitations qui, précisément, lui révèlent ses faiblesses, déclanchent ses antagonismes et précipitent l'usure et la dissociation.

# LE DEVINEMENT DE LA PENSÉE ET CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ORIGINE ORGANIQUE DE L'AUTOMATISME MENTAL

Par G. HEUYER

---

## INTRODUCTION

Les tendances psychiatriques ont actuellement une double orientation.

D'une part, à la suite de Freud, et sous l'inspiration de la psychanalyse, un certain nombre d'auteurs français et étrangers recherchent dans l'étiologie des maladies mentales en général et de la psychose hallucinatoire chronique en particulier une origine acquise. C'est en fonction de troubles affectifs survenus dans l'enfance à la suite d'un trauma le plus souvent sexuel que se développent chez l'adulte, par le mécanisme de la fixation ou de la régression à l'enfance, les psychopathies et les psychoses. La mode est à l'origine psychogénétique des maladies mentales. Les psychoses seraient des maladies acquises, et leur contenu idéique serait le symbole du trauma affectif qui remonterait à l'enfance et qui serait psychogénétique (1).

La psychanalyse et les méthodes qui en sont dérivées donnent une technique qui permet de pénétrer davantage dans le psychisme des délirants et des déments et pour expliquer le contenu des vésanies. La psychanalyse appliquée à l'étude des maladies marque un effort vers la constitution d'une psychiatrie scientifique où la classification symptomatique tend à être remplacée par une classification étiologique.

---

(1) Voir FREUD. — *Introduction à la Psychanalyse*. Payot, 1922.  
RÉGIS et HESNARD. — *La psychanalyse*. Alcan, 2<sup>e</sup> éd., 1923.

D'autre part, la notion des constitutions morbides due à Dupré, a été aussi génératrice de théories qui tendent à expliquer l'éclosion et le développement des maladies mentales et particulièrement des délires chroniques. Les tendances héréditaires qui se manifestent précocement chez l'individu et persistent pendant toute la vie sans se modifier dans leur essence constituent la personnalité du sujet et leur caractère morbide se retrouve dans la psychose ultérieurement apparue.

Cette conception de la valeur nosologique des constitutions est à la base de la distinction qui a été établie par certains auteurs (1) entre deux grandes catégories de maladies mentales : les psychopathies organiques et les psychoses constitutionnelles.

Dans les premières sont rangées les maladies mentales bien définies, incontestablement liées à des lésions transitoires ou permanentes du système nerveux central, de l'encéphale. Ce sont des psychopathies accidentelles à lésions toxiques ou infectieuses, précises et dont l'origine agénésique, dysgénésique, involutive ou destructrice ne laisse aucun doute. Dans les psychoses constitutionnelles se groupent les psychopathies qui attendent en vain leur anatomie pathologique. Ces psychoses apparaissent indemnes de toute lésion cérébrale. Contrairement aux affections à lésions cérébrales connues, elles ne sont pas acquises et ne naissent pas accidentellement ; elles sont liées à un état originel et héréditaire ; certaines d'entre elles se retrouvent sous la forme similaire chez les ascendants et les descendants. « Elles se révèlent au commencement de la vie psychique individuelle et ne sont que l'exagération d'une manière d'être primitive, fixe et permanente de la personnalité » (A. Delmas).

Cette conception des psychoses lésionnelles et des psychoses fonctionnelles a paru à beaucoup d'auteurs

---

(1) M. DE FLEURY. — Psychose et anatomie pathologique. *Soc. psych.*, juin 1922.

A. DELMAS. — Psychopathies organiques et psychoses constitutionnelles. *Soc. psychol.*, octobre 1922.

DELMAS et BOLL. — La personnalité humaine.

être une formule d'attente (1). C'est ainsi que la place de la psychose hallucinatoire chronique dans cette classification a paru incertaine. On ne connaît pas actuellement l'anatomie pathologique de la psychose hallucinatoire chronique. Toutefois MM. de Fleury, Delmas la rangent parmi les psychoses accidentelles toxi-infectieuses dont l'origine lésionnelle « ne laisse pas de doute » (M. de Fleury). Au contraire d'autres auteurs admettent que les tendances paranoïaques seraient à base de certaines psychoses hallucinatoires chroniques et que les hallucinations ne seraient qu'une exagération des préoccupations délirantes du malade.

Quoiqu'il en soit, dans cette opposition entre la théorie des psychoses acquises à la suite d'un choc affectif de l'enfance et la thèse des déséquilibres psychiques constitutionnels qui aboutissent par le jeu normal de leur évolution à des psychoses chroniques, s'usent actuellement les efforts de la plupart des psychiatres.

Cependant en dehors de ces deux conceptions qui se disputent la faveur de la mode psychiatrique, tend à s'affirmer le retour à la tradition anatomo-clinique de la psychiatrie française. Les discussions sur l'origine psychogénétique des maladies mentales et sur la nature constitutionnelle des psychoses fonctionnelles paraissent devoir retarder les progrès de nos connaissances dans l'étiologie et la pathogénie des psychoses. La psychogénèse des maladies de l'esprit d'une part, la distinction entre les psychoses lésionnelles et les psychoses fonctionnelles d'autre part ramènent la psychiatrie aux discussions byzantines d'il y a 40 ans. De la période où l'on étudiait l'hystérie, où l'on décrivait les folies hystériques, il reste le souvenir d'une rhétorique éloquente et d'une littérature pittoresque. L'épidémie d'encéphalite a fait plus en deux ans pour rétrécir le domaine trop cultivé de l'hystérie que les discussions interminables entre l'école de la Salpêtrière et l'école de Nancy.

(1) DUMAS, CHARPENTIER, KLIPPEL, HARTENBERG, JANET, MEIGE, A. THOMAS, etc. — Voir discussion à la Soc. psych., octobre 1922.

La recherche des causes purement psychologiques des maladies mentales met celles-ci sur un plan différent des maladies générales. Or celles-ci et celles-là n'ont-elles pas des causes communes: infections, intoxications, dystrophies héréditaires? Toute découverte, comme celle de l'encéphalite, qui fait rentrer certaines maladies mentales dans le cadre commun des maladies générales, fait plus pour le progrès de la médecine, que les théories psychologiques les plus ingénieuses et les classifications les plus séduisantes. Pour notre modeste part nous pensons que tous les efforts qui sont faits pour démontrer l'origine organique des maladies mentales sont conformes à la tradition anatomo-clinique de la médecine française.

C'est pourquoi nous avons accueilli avec faveur la notion de l'automatisme mental, décrit par de Clérambault comme le noyau fondamental des psychoses chroniques (1). Nous rappellerons qu'au point de vue clinique, le syndrome d'automatisme mental comporte tous les faits d'automatisme moteur, sensitif et idéo-verbal que sont les gestes forcés, les inhibitions, les hallucinations psychomotrices, la prise, l'écho, le devancement, la substitution de la pensée, l'énonciation des actes. Les hallucinations auditives et visuelles avec extériorisation spatiale, les hallucinations psychiques par hyperendophasie (Séglas) sont des éléments de l'automatisme mental, éléments fréquents mais non nécessaires. Quelquefois le syndrome est réduit à un sentiment d'étrangeté, de transformation de la personnalité et de perplexité que complètent épisodiquement d'autres éléments du syndrome.

Le syndrome d'automatisme mental est l'élément initial fondamental générateur des psychoses hallucinatoires chroniques, dites psychoses systématisées progressives. L'idée qui domine la psychose n'en est pas la génératrice, bien que la psychologie commune l'indique et que la psychiatrie classique la confirme.

---

(1) DE CLÉRAMBAULT. — Les psychoses hallucinatoires chroniques. *Bull. Soc. clin. Méd. Ment.*, décembre 1923-janvier 1921.



Le noyau des psychoses est dans l'automatisme, l'idéation est secondaire (de Clérambault).

Le syndrome d'automatisme mental est, selon la conception de Clérambault, de nature organique. Il n'a rien de psychogène. Il est l'expression d'un désordre anatomique, d'une lésion histologique ou d'un trouble physiologique. « Le cerveau mou de la pensée. » Nous avons dit (1) dans le même sens : Le cerveau malade produit automatiquement dans certaines circonstances une pensée qui s'extériorise et n'est plus reconnue du sujet.

Cette notion d'une pensée extériorisée et non reconnue du sujet nous paraît analogue à l'illusion des amputés. Cette illusion a la valeur de l'extériorisation d'une sensation ou plus exactement d'un ensemble de sensations, d'une véritable perception ; elle est l'ébauche d'une véritable hallucination, d'une perception sans objet.

Entre une hallucination sensorielle telle que l'illusion des amputés et la prise de la pensée ou une hallucination psychique, reproduction abstraite sans image sensorielle, visuelle ou auditive, on peut rencontrer tous les intermédiaires, comme existent tous les passages entre la sensation élémentaire et l'abstraction de la pensée mathématique.

Le triple automatisme moteur, sensitif et idéo-verbal « englobe tous les types d'hallucinations déjà connus et est plus compréhensif que le terme d'hallucinations » (de Clérambault). Il constitue un ensemble de symptômes dont la nature et la combinaison sont organiques. Il forme le noyau des psychoses hallucinatoires chroniques. Mais son apparition mécanique détermine des réactions idéatives qui constituent des délires et dont la nature dépend de la personnalité psychologique et constitutionnelle du malade. Cette partie idéative de la psychose n'est pas elle-même tout à fait consciente ; elle est élaborée partiellement dans l'in-

---

(1) HEUYER et LAMACHE. — Les délires d'Influence symptomatique. *Prat. Méd. franç.*, mai 1925.

conscient par un processus tout mécanique et prend aussi l'aspect d'une idéation parasitaire, et automatiquement extériorisée (de Clérambault).

Ainsi dans cette conception vraiment neuve et originale des psychoses hallucinatoires chroniques, l'idéogénisme ou le psychogénisme sont déçus de leur rôle primordial des créateurs de la psychose. A la base de celle-ci se trouve le noyau de l'automatisme mental d'origine organique, de structure et de fonctionnement mécaniques. Les processus psychologiques, dont beaucoup d'éléments élaborés dans l'inconscient sont eux-mêmes mécaniques, fournissent les thèmes des délires. Mais les délires ne se suffisent pas à eux-mêmes. Ils ne traduisent que la réaction personnelle du sujet en présence du syndrome d'automatisme mental qui s'impose à lui comme l'expression d'une maladie organique.

A cette conception de la nature organique de l'automatisme mental, on peut objecter que la preuve n'est pas faite ; que les lésions anatomiques, d'ordre histologique, n'ont pas été démontrées.

Mais, comme nous le verrons au cours de ce travail, le syndrome d'automatisme mental, avec son cortège d'idées délirantes organisées de persécution ou d'influence a été décrit dans certaines psychopathies ou affections neurologiques dont la nature organique est certaine : paralysie générale, tumeur cérébrale, épilepsie. L'automatisme mental hallucinatoire, qui se manifeste à l'occasion de ces affections organiques et qui se traduit par un délire à contenu variable, est, sur un autre plan, la manifestation du même désordre physiologique et de la même lésion histologique. C'est à titre de contribution à l'étude de l'origine organique de l'automatisme mental que nous avons entrepris ce travail.

Son point de départ fut la rencontre d'un symptôme qui, à notre connaissance, n'a pas encore été décrit et que nous avons observé chez cinq malades. Nous l'avons décrit avec notre élève et ami Lamache sous le nom de *devinement de la pensée*. Encadré, en général, des

autres symptômes de l'automatisme mental, il nous a semblé devoir être inclus dans ce syndrome. Après avoir fait la séméiologie du devinement de la pensée, nous rapporterons quelques observations prises dans le service de l'Infirmerie Spéciale de la Préfecture de Police dans lesquelles le syndrome d'automatisme mental s'est manifesté au cours d'une affection comme l'épilepsie dont la nature organique n'est pas douteuse, ou comme la syphilis dont l'action sur le développement de l'automatisme mental peut être prouvée par l'évolution ou par le traitement.

Nous montrerons comment ces faits sont corroborés par d'autres publiés antérieurement par d'autres auteurs, et restés épars dans la littérature. Devenus plus fréquents au fur et à mesure des recherches, ils finissent par constituer dans leur ensemble un faisceau d'arguments impressionnants en faveur de l'origine organique de l'automatisme mental.



## CHAPITRE I. — *Le devinement de la pensée*

Nous avons eu l'occasion d'observer chez six malades un symptôme qui n'avait pas encore été signalé et que nous avons écrit avec notre élève et ami Lamache sous le nom de « devinement de la pensée ». Ce symptôme consiste dans l'affirmation délirante de la faculté de connaître la pensée d'autrui.

Il nous paraît plus simple et plus démonstratif de rapporter d'abord les observations des malades que nous avons examinés et que nous avons certifiés à l'Infirmerie Spéciale de la Préfecture de Police.

OBSERVATION I. — J... Hélène, 29 ans. Arrêtée pour vagabondage, elle fut amenée à l'Infirmerie Spéciale pour des *idées de persécution*. Elle est surveillée par des ouvriers qui la suivent à bicyclette. Ses interprétations morbides ont un thème érotomaniacal. Elle est aimée par un directeur d'usine à Choisy. Elle ne l'aime pas, mais aidé d'une femme qui s'est vendue à lui, « vendue au bourreau »,

il dirige la conspiration et tend à faire disparaître son ancien amant. C'est par jalousie qu'on veut détruire celui-ci, afin de la prendre elle-même « de force ». On a obligé son ami à l'abandonner ; mais elle veut le protéger malgré tout.

*Ebauche d'automatisme mental.* — Mentisme hypnagogique : le soir, ressassement des souvenirs de la journée, des personnes vues, des propos entendus. Rêves symboliques : la femme du bourreau est vue sous forme constante de vipère, l'homme sous forme de monstre.

*Prise de la pensée.* — On lui prend sa pensée et on lui transmet des pensées étrangères ; elle est en communication constante avec ses persécuteurs qui savent tout ce qu'elle pense et ce qu'elle fait. Enonciation des actes.

*Faculté de deviner la pensée d'autrui.* — Elle connaît, par intuition et par transmission de pensée, le plan de ses persécuteurs et peut ainsi le déjouer. Pour que le plan échoue, il suffit qu'elle passe devant ses ennemis : « Il y a un an qu'elle fait cela jour et nuit ». Récemment elle a été renversée en tentant de passer devant une automobile où ses persécuteurs avaient pris place. Et c'est à la suite de cet accident et des propos incohérents qu'elle tint au commissariat de police qu'elle fut envoyée à l'Infirmérie Spéciale.

A noter l'absence d'hallucinations auditives qu'elle ne présenta pas non plus dans la suite, quand nous avons eu l'occasion de la revoir dans le service de M. le Docteur Sérieux. Elle n'avait de l'automatisme mental que les phénomènes subtils. Au point de vue intellectuel, Hélène est une débile mentale dont l'instruction est rudimentaire. Elle ne présente aucun signe neurologique, mais a des stigmates dentaires qui peuvent faire penser à une hérédo-syphilis. Ses extrémités sont cyanosées. Quand elle fut amenée à l'Infirmérie, elle était dans un médiocre état général, amaigrie, fatiguée. Misérable et sans ressources, elle se nourrissait depuis plusieurs jours de pain et de café.

OBSERVATION II. — G... Julie, 42 ans. Automatisme mental avec idées de possession, d'influence et de persécution. Interprétations délirantes mal systématisées sur un thème d'une énorme et absurde métempsychose. Des personnages disparaissent, absorbés par les « anthropophages ». Ceux-ci sont

des individus dont l'esprit est allé habiter dans le corps des bêtes et est devenu carnassier. Devenus anthropophages, ils sont capables de dévorer d'autres hommes et de les restituer ensuite. Elle-même a senti qu'elle était dévorée et que son esprit était au pouvoir des anthropophages.

*Automatisme mental* très complet. On prend et on répète sa pensée. On dit tout ce qu'elle fait. Hallucinations auditives : elle entend des bruits et des monosyllabes. Hallucinations psychomotrices surtout d'ordre génital. On l'oblige à se masturber. On l'excite pour la forcer à avoir des rapports sexuels même avec des gens qu'elle ne connaît pas. Troubles cénesthésiques. Elle éprouve des malaises indéfinis, des souffrances. Elle énonce quelques illusions visuelles, des visions de personnages divers, de pseudo-apparitions de la Vierge, des saints.

*Faculté de deviner la pensée d'autrui.* — Elle-même est capable de deviner la pensée des autres. Elle a « l'intuition des âmes par la grâce de Dieu ». Ce devinement de la pensée dont elle est capable est en effet un moyen de défense qui lui est donné, une manifestation de la providence divine.

Ses idées de possession anthropophagique ont en effet une signification mystique. Les anthropophages sont des démons, mais Dieu la protège ; elle a la certitude de cette protection et le devinement de la pensée en est une preuve.

Errante et vagabondée, elle fut amenée à l'Infirmérie Spéciale.

OBSERVATION III. — D... Blanche, 40 ans. Amenée à l'Infirmérie à la suite de scandale dans sa maison : pousse des cris la nuit, appelle au secours, demande pardon ; elle-même demande à voir le médecin de la préfecture de police.

Bien orientée, elle est un peu excitée ; parle avec une loquacité incoercible.

*Automatisme mental.* — Prise, écho, devancement, embrouillage de la pensée. Énonciation des actes : « Ils sont toujours là. Je n'ai pas causé et on dit ma pensée. Ils voient tout ce que je fais, ils savent tout sans que je le dise. On sait partout où j'ai été. Ce matin ils ont répété : tu viens de te débarbouiller ».

*Hallucinations auditives.* — Propos souvent grossiers :

ils ne sont pas très polis ; ils disent : « Oh ! la vache, la putain ! » Ils font aussi des compliments sur ses yeux : « Elle a de beaux yeux ».

Ils parlent entre eux, parlant toujours d'elle en la flattant. Elle entend des bruits de cloche, des cris, des voix plus ou moins nettes.

*Hallucinations olfactives et gustatives.* — On lui a envoyé de mauvaises odeurs, des odeurs de soufre, elle a toujours dans la bouche un goût de médicament, de soufre.

*Hallucinations psychomotrices.* — Hétéro-impulsions multiples. On la force à faire ce qu'elle ne voudrait pas faire. Elle est déplacée dans son lit, elle dit par force des phrases qu'elle n'a pas pensées.

*Quelques hallucinations psychiques :* dans la tête on lui dit : tu feras ceci, tu feras cela.

*Troubles de la cénesthésie.* — On la pique sur tout le corps ; on lui fait comme des « pététillements sur le corps, particulièrement aux pieds ». Au cou, elle sent comme un collier.

Pas de manifestations génitales.

*Mentisme hypnagogique* sous forme d'illusions visuelles, d'un véritable cinématographe : au moment de s'endormir, elle voit défiler devant ses yeux fermés, des scènes animées, rapides, avec des hommes et des femmes vêtus de vêtements très colorés, verts, rouges, jaunes et bizarres ; des oripeaux, des faces de carnaval.

Ce mentisme hypnagogique prend quelquefois une forme auditive : elle entend des musiques, des cris, des chants, du bruit en général. En même temps ils parlent d'elle indirectement entre eux, ou quelquefois directement : « Blanchette, tu deviens vieille, tu ne peux plus faire l'amour. Ah ! vous avez fait l'amour cette nuit. Il s'ennuie auprès de sa Blanchette », etc.

*Devinement de la pensée.* — Elle-même peut deviner la pensée d'une femme, sa persécutrice principale. Elle aussi pressent certains événements, l'arrivée à la maison de son ami, le passage dans la rue d'un jeune homme avec qui elle a eu des relations. Elle a la certitude qu'elle devine juste. Cela lui arrive brusquement ; elle a l'impression de la vérité.

*Interprétations délirantes.* — Depuis trois jours elle comprend que c'est le magnétisme. Elle a lu certains livres autrefois et n'aurait jamais cru que c'était possible. Elle

est au pouvoir d'une bande de 4 personnages. Il y a son ami, une marchande des quatre saisons, le marchand de vins qui est son propriétaire et sa femme. Il y aurait aussi l'amant de la marchande de légumes et même une vieille, mais ces deux personnages sont sans importance.

Elle a remarqué que toute la maison la regardait drôlement et que les voisins devaient être contre elle : « Je ne voudrai tout de même pas passer pour avoir la folie de la persécution ».

Les 4 personnages ont un empire sur elle. Elle se sent en leur pouvoir. Elle craint pour sa vie. Peut-être fait-on ces manigances parce qu'elle doit donner une signature au notaire, pour la vente de la maison de sa mère décédée. On la pousse à boire au lieu de la retenir.

Son ami aurait installé quelque chose dans le sommier car le sommier fait toujours un petit bruit métallique ; son ami passe la main en dessous et tripote quelque chose dans les ressorts, elle se sent alors transportée.

On doit certainement entrer dans la chambre. Endormie, elle en a conscience.

Elle n'aurait jamais cru son ami capable d'une pareille action. Il était en apparence très gentil pour elle. Elle ne peut pas comprendre : « Est-il possible ! Je n'en reviens pas ! On dit que les femmes sont trompeuses ! Faire de telles simagrées, être aussi faux et paraître une telle sainte Nitouche ! » Son ami était autrefois un ouvrier, maintenant il l'amène au cinéma : c'est étonnant. De même la propriétaire est en apparence aimable. Ils sont tous très aimables, mise à part la « vulgarité » de leur langage, pour l'amadouer. »

Quelques idées de jalousie : elle pense que son mari a des relations avec la marchande de légumes.

Hier on voulait lui faire boire une certaine bouteille qu'elle a refusée. On doit lui faire boire certaines choses pour qu'elle ait la bouche aussi mauvaise.

*Crises épileptiques.* — Crises nocturnes avec convulsions cloniques. Perte de connaissance complète. S'agite et pousse des cris pendant toute la crise. Morsure de la langue : tache de sang sur l'oreiller. Au réveil courbature et céphalée. Elle a eu 5 ou 6 crises en tout. Son ami a assisté aux crises et les lui a racontées. De plus ces crises ont été vérifiées à l'asile lors d'un séjour antérieur et sont indiquées dans le dossier.

*Alcoolisme chronique.* — Vin rouge et blanc. Tremblement digital et lingual. Visage vultueux. Zoopsies et cauchemars. Pouls : 76.

Réactions anxieuses. Fugue. À porté plainte au commissariat de police contre ses persécuteurs.

Avait été internée antérieurement, du 2 février au 13 mars, pour hypomanie avec sensations anormales interprétées comme influence. Appoint éthylique.

*Commentaires.* — Cette observation, outre l'importance qu'elle présente au point de vue qui nous occupe : devinement de la pensée faisant partie d'un syndrome d'automatisme mental, comporte un autre intérêt sur lequel nous insisterons plus loin : il s'agit d'un automatisme mental chez une alcoolique épileptique, donc au cours d'une maladie organique. De plus elle offre une remarquable dissociation entre les deux éléments de la psychose chronique : 1° le noyau nasal d'un automatisme mental qui est ici au complet, y compris le mentisme hypnagogique ; 2° les idées délirantes surajoutées, contingentes et accessoires dues à des interprétations pauvres, incertaines et variables.

OBSERVATION IV. — D... Eugénie, 21 ans. Débilité mentale et épilepsie. Les crises convulsives ont débuté il y a 7 ans ; elles ont été maintes fois vérifiées, et leur nature épileptique a été mentionnée dans des certificats rédigés au cours d'internements antérieurs.

*Automatisme mental hallucinatoire.* — Elle entend des injures : on lui parle dans la tête. On prend sa pensée. Illusions visuelles : voit des personnages qui la menacent.

*Devinement de la pensée.* — Peut connaître, elle aussi, la pensée d'autrui. Non seulement elle peut connaître la pensée, mais elle a le pouvoir de guérir.

Cette malade est une mythomane suggestible. Elle avoue aimer raconter des histoires. On pourrait penser qu'elle invente de toutes pièces ce don du devinement de la pensée. Mais, tandis qu'elle varie dans toutes ses créations imaginatives, qui ont d'ailleurs souvent un caractère onirique, elle affirme toujours dans les mêmes termes qu'elle peut deviner la pensée. Cela lui vient tout d'un coup, par intuition. D'autre part le devinement de la pensée s'encadre parmi les autres symptômes de l'automatisme mental ; de même qu'on lui prend sa pensée, elle devine celle d'autrui.

Désordre des actes : Impulsions suicide post-paroxystiques. Après une crise convulsive elle fit une tentative de submersion. Antérieurement, en 1922 et 1924, la malade avait été internée deux fois dans des conditions analogues.

Il n'existe aucun signe neurologique. Mais son réflexe



oculo-cardiaque est inversé (R. O. C. = 76-100). Cette épileptique, en dehors de ses crises réagit comme une sympathicotonique.

*Commentaires.* — Cette malade comme la précédente est un exemple d'automatisme mental avec devinement de la pensée chez une épileptique.

OBSERVATION V. — Joao M..., de V..., 50 ans. — Paranoïa. Idées délirantes de persécution à mécanisme prédominant d'interprétation. Il se plaint d'être la victime de la Franc-Maçonnerie. On l'espionne, on le suit, on lui fait des grimaces. On le diffame, on veut le faire passer pour fou. A la base de toutes les persécutions qu'on lui fait subir il y a des questions d'argent. Il y a 4 ans, il a eu des difficultés avec le président de la Commission du Tourisme au Portugal pour une reddition de comptes. Depuis cette époque, il n'a pas eu un moment de tranquillité. On le poursuit partout, au Portugal, en Allemagne, en France. Les politiciens du Portugal, les médecins et les magistrats de tous les pays où il passe sont lignés contre lui.

*Automatisme mental.* — Hallucinations auditives qui sont seulement épisodiques et qui ont rarement le caractère de voix articulées. Ce sont des sifflets, des injures. Il est probable qu'on prend sa pensée, mais sur ce sujet il est très réticent. Toutefois, il dit qu'il a fait des études scientifiques qui lui permettent de croire à la possibilité de la transmission de la pensée. Lui-même, dit-il, « a une intuition extraordinaire », *il devine la pensée d'autrui*. Il sait ce que pensent ses interlocuteurs, ami ou, plus souvent, ennemi. Il en est assuré. Il l'affirme avec véhémence.

Quand nous l'examinons à l'infirmerie, J. est dans un état d'excitation intense. Il gesticule, proteste ; d'un ton hautain, il récrimine contre ceux qui l'ont arrêté ; orgueilleux, réticent, quérulent et menaçant, il montre son caractère paranoïaque. C'est à la suite d'excentricités et de scandales multiples qu'il fut amené à l'Infirmerie Spéciale. A Lisbonne il eut un duel à coups de poing avec un homme politique qu'il accusait de l'avoir provoqué. A Cologne, il tira des coups de revolver dans la rue sur des enfants dont il entendait les injures et les moqueries. Il fut quelque temps interné en Allemagne dans une maison de santé. A Paris depuis deux mois, il a eu des altercations avec un concierge, un garçon d'hôtel. Il a craché au visage d'une fille de salle. Portant habituellement un revolver il menace de s'en servir.

OBSERVATION VI. — Ph... Catherine, 50 ans, a été arrêtée à son domicile parce qu'elle a voulu s'introduire chez sa propriétaire pour la corriger et lui prendre de l'argent qu'elle l'accuse de détenir indûment. Amenée à l'Infirmerie Spéciale, elle a l'aspect d'une maniaque. Excitée, loquace, expansive, euphorique, souriante, caustique, d'humeur et d'attention variables, elle a une certaine conscience de son état morbide ; depuis 3 semaines elle se sent excitée.. Immédiatement elle déclare qu'elle est excitée parce que sa propriétaire l'a fait souffrir du froid et de la faim.

Ses idées de persécution paraissent d'abord avoir une origine interprétative prédominante. Sa propriétaire garde l'argent des secours qu'elle doit recevoir de la mairie. Toutefois elle déclare n'avoir aucune preuve de cette distribution de secours. Elle reconnaît facilement qu'elle n'en a trouvé nulle part une indication, aucune voix non plus ne lui a appris. D'un bout à l'autre de l'interrogatoire il sera impossible de mettre en évidence des hallucinations auditives.

Mais spontanément elle affirme sa certitude dans sa participation aux secours de la mairie, parce que, dit-elle, elle a deviné la pensée du maire.

Elle n'a pas besoin d'en apporter de preuves, puisqu'elle est capable de *deviner la pensée d'autrui*.

A cette affirmation de sa faculté de deviner la pensée d'autrui, elle sourit avec satisfaction. Elle n'a pas besoin de le voir, ni d'entendre, elle sait tout par « son imagination ». « Elle est très intelligente » et elle voudrait bien que tout le monde le fût autant qu'elle.

Cette divination de la pensée n'est pas l'équivalent d'une hallucination psychique ; elle n'entend nulle voix intérieure.

Quand elle devine la pensée des gens, « cela lui vient tout d'un coup, par une sorte d'inspiration » ; et à plusieurs reprises elle répète : « Cela me vient tout d'un coup comme cela ». Elle ne cherche pas à l'expliquer. Elle nous parle une fois d'une « intuition ».

Comme exemple de pensée qu'elle a pu deviner, elle raconte comment elle a pu sauver la vie du commissaire de police qui allait être tué par un médecin. Brusquement à 3 heures du matin, elle eut l'intuition qu'un médecin qu'elle n'avait pas vu, allait tuer le commissaire qu'elle ne connaissait pas. Elle ne pensait à rien, mais « cela lui est venu tout d'un coup dans la tête, et c'est la vérité ».

Pour prévenir le commissaire, il n'y eut ni écho, ni transmission de la pensée. Elle sait que le médecin vient souvent chez sa propriétaire. Elle ne l'a jamais vu, elle

n'a jamais essayé de vérifier si réellement il venait ; c'est inutile ; elle sait qu'il vient en auto ; elle en est absolument certaine.

Le commissaire vient aussi chez sa propriétaire. Elle l'a vu une seule fois vers les 6 heures ; il la regardait par la fenêtre ; il a les cheveux blonds, il riait et ne parlait pas ; il aime beaucoup la regarder travailler. Souvent il l'entend parler et rire avec la propriétaire.

Or, elle-même à l'habitude de parler haut toute seule ; elle a dévoilé de cette façon les intentions hostiles du médecin. Et dit-elle, il est probable que le commissaire l'a entendue, ou peut-être est-ce la propriétaire qui a l'ouïe très fine et qui, ayant entendu Catherine parler dans sa chambre, est allée avertir le commissaire qui a pris ses précautions.

Depuis, elle a deviné d'ailleurs que le commissaire est amoureux d'elle ; il aime beaucoup la regarder travailler ; elle ne l'a vu qu'une fois, mais elle n'a pas besoin de le voir ; elle sent qu'il la regarde ; elle sent qu'il approche. Il n'y a là aucune sensation spéciale sur une partie quelconque du corps ; elle sait qu'il approche et qu'il aime à la regarder.

Là-dessus elle interprète, invente et brode. Elle affirme que c'est pour la récompenser d'avoir prévenu le commissaire de police du grand danger qu'il courait que le préfet de la Seine lui a fait envoyer un secours.

Ce n'est pas la seule occasion où elle a pu deviner la pensée d'autrui. A plusieurs reprises, elle affirme qu'elle a pu deviner la pensée de l'un de nous « J'ai vu l'autre jour que vous saviez que j'avais mal dans le ventre » ; « vous avez vu ma sœur vendredi chez le Dr S. ». Quand on nie, elle sourit d'un air entendu, ne se trouble pas, et dit qu'elle est certaine. Rien n'ébranle sa conviction.

Elle déclare qu'elle a toujours été capable de deviner la pensée, mais qu'autrefois elle n'y faisait pas attention, elle croyait que c'était normal. D'ailleurs ce devinement ne lui a jamais été d'aucune utilité dans la vie.

Cette inspiration lui arrive toujours quand elle est seule, surtout le soir ; elle ferme tout chez elle, car elle a peur qu'on l'entende quand elle parle seule tout haut. En s'endormant le soir elle réfléchit, elle ressasse tous les faits de sa vie : au cours de ce *mentisme hypnagogique*, elle pense à tout ce qui lui est arrivé, à ce qui pourrait lui arriver ; elle ne rêve pas la nuit, dans son sommeil, et c'est en général au petit jour que l'inspiration vient.

Elle s'annonce par un trouble cénesthésique ; c'est « comme une sensation bizarre dans le ventre ; c'est comme un grand vent, puis cela fait froid et lui donne des sensations qui ne sont pas désagréables » ; « cela lui fait drôle ». Puis « c'est comme si quelque chose crevait, cela passe dans le dos et monte au cerveau ». L'inspiration lui vient dans toutes les conditions, même si elle est émue ou tourmentée. « Elle ne peut pas expliquer, car elle ne peut rien dire ; cela lui arrive d'un seul coup ; c'est comme cela et c'est vrai ».

Encadrant ce symptôme essentiel de divination de la pensée, existent des interprétations multiples. Quand une auto passe dans la cour, elle affirme que c'est l'auto du commissaire de police, ou celle du médecin qui vont aussi chez sa propriétaire.

Elle a nié pendant longtemps toute hallucination auditive. Cependant une fois, elle déclara qu'en passant dans la rue, elle entendait qu'on répétait tout ce qu'elle avait dit tout haut chez elle ; qu'on répétait aussi ce qu'elle avait fait. Un jour, au-dessous de chez elle, on a crié très fort « fumier » par trois fois. Elle ajoute : « Il faut croire que c'était chez ma propriétaire ».

Or, ces hallucinations auditives ont été confirmées ultérieurement. Elle a expliqué à sa compagne de chambre que « tout ce qu'elle entendait venait par un tuyau qui faisait communiquer avec un quartier voisin ». D'ailleurs, dans ses confidences à sa voisine, elle distinguait elle-même les voix qu'elle entendait et la divination de la pensée dont elle avait la faculté et qui venait par une sorte d'inspiration.

D'après les renseignements que nous avons pu obtenir, Cathérine a toujours été une paranoïaque méfiante, depuis longtemps fâchée avec sa sœur. Elle vivait seule depuis la mort de son mari en 1907, puis de son fils tué à la guerre.

Elle eut l'année dernière une période de dépression avec idée de suicide. Actuellement, elle présente des signes de néphrite chronique hypertensive et azotémique ; elle a du clangor aortique sans bruit de galop, une tension artérielle maxima : 25, minima : 18. Indice : 6. Dans l'urine ni albumine, ni sucre, mais urobiline en grande quantité. Urée du sang : 0,76. Pouls : 100. R. O. C., inversé : 120. Réflexe solaire normal.

A noter que le 10 mai, elle a eu des accès d'agitation motrice avec énervement, instabilité, impossibilité de rester en place, mouvements brusques et saccadés, des récrimina-

tions, « cela recommence comme à Nogent », sans d'ailleurs vouloir donner d'autres explications à ces questions, qui cachaient sans doute des hallucinations.

Au cours de cet accès d'agitation la tension était très élevée ; tension artérielle T. A. 28 1/2 - 18. Une saignée de 500 gr. calma l'accès.

*Commentaires généraux.* — Ainsi les malades dont nous rapportons les observations présentent un symptôme particulier ; ils affirment qu'ils sont capables de deviner la pensée d'autrui. Ce devinement de la pensée est accompagné d'autres symptômes de l'automatisme mental : prise et écho de la pensée, énonciation des actes, hallucinations auditives et psychiques, etc. On peut se demander si ce symptôme qui n'avait pas encore été signalé n'est pas, chez nos malades, un fait d'interprétation morbide, ou le résultat d'une hallucination ou d'une création imaginative du sujet.

Nous ne le croyons pas.

D'abord il n'offre pas la tendance explicative, réfléchie, systématique de l'interprétation. Quelquefois certains persécutés déclarent qu'ils sont capables de deviner la pensée d'autrui, mais ce n'est pas le symptôme du devinement de la pensée tel que nous l'avons décrit. Il s'agit seulement d'une interprétation morbide du sujet qui, d'après les gestes, les jeux de physionomie de son interlocuteur affirme qu'ils sont l'expression de la pensée de celui-ci et qu'ils permettent de la deviner. Sous cette forme même le devinement de la pensée, expression d'une interprétation délirante, n'a pas été signalé. Nous l'avons observé une fois dans l'observation suivante que nous résumons.

OBSERVATION VII. — Joséphine, 36 ans. Idées délirantes de persécution de mécanisme purement interprétatif. Depuis plusieurs années, on la suit, on l'espionne, on l'empêche de trouver des places. On tient de mauvais propos sur elle. Elle voit partout des allusions, notamment dans les journaux. Maurice Prax, un chroniqueur du *Journal*, parle d'elle. On l'accuse de tout, même d'aimer les femmes ; on ne le lui dit pas directement. Mais on lui fait comprendre par des

gestes qu'elle a des mœurs suspectes. Elle-même est capable de deviner la pensée, par interprétation. Elle devine la pensée par les gestes, les regards. Il n'existe aucun élément du syndrome d'automatisme mental, pas de prise de la pensée, pas de troubles psycho-sensoriels. Il y a 3 ans, après l'absorption d'éther elle eut un épisode onirique ; une sensation d'étouffement, puis de mort, de départ dans l'éternité, de communication avec Dieu. L'intoxication dissipée, rien ne persiste de ce sentiment de communication divine. Cette malade excitée, gesticulante, loquace s'était présentée spontanément au Commissariat de Police pour se plaindre de ses persécuteurs.

Ainsi, dans cette observation, le devinement de la pensée se présente sous une forme tout à fait différente de ce qu'il est dans les 6 observations précédentes. Il est chez Joséphine le produit de la réflexion, une explication des gestes, des regards surpris par le persécuté ; il en déduit les pensées que peuvent avoir ceux qui l'approchent et qu'il observe. Nous verrons que le vrai devinement de la pensée qui est dans le syndrome d'automatisme mental l'homologue de la prise de la pensée, se déclanche selon un mécanisme tout à fait différent.

Le devinement de la pensée n'est pas le produit d'une *hallucination* auditive avec extériorisation spatiale ou d'une hallucination psychique avec hyperendophasie. L'hallucination auditive et l'hallucination psychique qui sont des éléments de l'automatisme mental accompagnent le devinement de la pensée, mais ce n'est pas par une hallucination que le malade connaît la pensée d'autrui. Le devinement de la pensée et l'hallucination sont des processus équivalents, de même origine ; celui-là n'est pas contenu dans celle-ci.

Il ne nous semble pas que le devinement de la pensée soit un jeu imaginatif, une *fabulation* du malade. D'après Delmas (1) chez certains maniaques le sentiment de leur force, leur euphorie, leur besoin d'expansion, leurs tendances imaginatives exaltées, les inclinent vers des inventions de ce genre ; leur affirmation de deviner la pensée d'autrui ne serait qu'une

---

(1) DELMAS. — Discussion à la Soc. Psych., oct. 1924.

fabulation, une création subjective destinée à exprimer la satisfaction que leur donne le sentiment de leur puissance et de leur supériorité intellectuelle.

Or, chez les maniaques, à notre connaissance, l'idée du devinement de la pensée n'a pas été signalée. Nous l'avons pourtant rencontrée une fois chez une malade examinée à l'Infirmerie Spéciale et dont l'état psychique était complexe. Il s'agissait d'une malade qui se présentait comme une maniaque; excitée, expansive, instable, tour à tour joviale et irritée, et dont le délire à thème érotomaniacal comportait le devinement de la pensée. Elle affirmait que par intervalles elle était capable de deviner la pensée d'autrui, mais à la condition qu'elle fût aidée par la pensée de son amant. Or elle présentait en même temps des hallucinations psychiques, un sentiment d'influence et de prise de la pensée de la part de cet amant. Nous n'avons pu suivre suffisamment cette malade pour rapporter son observation de façon assez complète pour qu'elle soit démonstrative. Mais il nous a paru qu'il ne s'agissait pas d'une manie pure, mais d'une manie qui comportait un délire d'influence symptomatique, c'est-à-dire une forme particulière d'automatisme mental au cours de la manie comme dans les cas que nous avons signalés antérieurement avec Logre (1). Ainsi le devinement de la pensée ne serait dans cette observation qu'un élément de l'automatisme mental. Il n'avait pourtant ni la spontanéité, ni la brusquerie qui sont les caractères même de sa production dans les cas que nous avons rapportés.

En règle générale le devinement de la pensée n'est pas une fabulation. Il n'a point la richesse, l'agrément, la variété, la multiplicité des produits habituels de l'imagination morbide.

Ce n'est pas non plus un fait de *médiumnité*. Le malade n'est pas l'intermédiaire d'une volonté étrangère ou supérieure qui lui transmet sa pensée. Il est

---

(1) LOGRE et HEUYER. — *Idées d'influence dans la Manie* (Congrès de Strasbourg).

quelquefois inspiré par Dieu qui lui donne le pouvoir de deviner la pensée, mais le malade ne reçoit pas comme un médium la connaissance de la pensée d'autrui par un intermédiaire divin. C'est quelquefois « par la grâce de Dieu » que le malade peut acquérir le pouvoir de deviner la pensée, mais c'est directement qu'il a la connaissance de celle-ci.

Enfin le devinement de la pensée n'a rien de commun avec le *transitivisme* de Wernicke, dans lequel le malade a le sentiment que le monde extérieur est changé et que l'entourage est aliéné.

Ainsi dans tous les cas que nous rapportons il ne s'agit ni d'une interprétation, ni d'une hallucination, ni d'une fabulation.

Le mécanisme du devinement de la pensée est d'un autre ordre. La certitude délirante du sujet se produit d'une façon brusque, automatique, irréductible et incoercible. Une de nos malades nous disait que « cela lui venait tout d'un coup, comme une inspiration ». La connaissance directe qu'il a de la pensée d'autrui n'est acquise ni par un raisonnement, ni par inspiration, ni par hallucination, mais par *intuition*. Trois sur six de nos malades l'ont exprimé spontanément. « Intuition des âmes par la grâce de Dieu » disait l'une d'elles. De Clérambault a décrit l'intuition comme un des éléments de l'automatisme mental.

Ainsi au point de vue séméiologique le symptôme du devinement de la pensée doit compter parmi les faits idéo-verbaux de l'automatisme mental : prise, répétition, devancement, substitution, embrouillage de la pensée, énonciation des actes, symptômes qui en totalité ou partiellement sont, d'ailleurs, concomitants. Il y a transposition apparente des phénomènes. Le malade de même qu'on lui prend sa pensée, peut capter par une intuition brusque la pensée d'autrui. Il y a identité du mécanisme. Dans l'un et l'autre cas, il s'agit de la même *pensée extériorisée et non reconnue du sujet*.

Le *contenu* de cette pensée devinée est en général en rapport avec les préoccupations habituelles du



malade. Celui-ci devine chez ses persécuteurs des idées hostiles. Mais le contenu peut être indifférent. Le malade affirme quelquefois qu'il connaît la pensée du médecin qui l'interroge. Catherine (Obs. VI) devine que le commissaire, qu'elle ne connaît pas et n'a jamais vu, veut lui rendre visite, est amoureux d'elle, et que le maire lui envoie de l'argent. Par contre ce que pense d'elle sa propriétaire lui est hostile. Ainsi le contenu de la pensée devinée peut être agréable ou désagréable. Cette tonalité indifférente du symptôme est intéressante, car elle est habituelle à l'automatisme mental. Celui-ci, comme l'a démontré de Clérambault, a une teinte neutre. Il ne contient pas en lui-même l'idée de persécution. Celle-ci n'est formulée que si le malade est un paranoïaque. Nous rapporterons plus loin des observations caractéristiques dans lesquelles malgré un automatisme mental très complet, il n'y a aucune idée de persécution, c'est ce qui se produit à l'état pur dans les hallucinoses, telles que Dupré (1) les a décrites, ou syndrome d'automatisme mental sans délire, tels que nous en avons rapporté antérieurement une observation (2). Dans l'observation IV le devinement de la pensée existe apparemment isolé et s'il y a des idées de persécution dues aux dispositions paranoïaques du sujet, il est impossible d'établir des relations de cause à effet entre celles-ci et celui-là. Le contenu de la pensée devinée n'est pas obligatoirement désagréable. Il ne révèle pas toujours des intentions hostiles. Celles-ci n'existent que si le malade présente des dispositions paranoïaques qui conditionnent le délire secondaire de persécution.

La *réaction affective* du malade qui constate sa faculté de deviner la pensée d'autrui est habituellement euphorique. Il est satisfait et fier de sa faculté exceptionnelle. Il y voit la preuve de son intelligence subtile. Cette euphorie quelquefois accompagnée d'une

(1) DUPRÉ et GELMA. — *Soc. psych.*, 1910 et *Encéphale*, 1910, t. II, p. 492.

(2) HEUYER et LAMACHE. — *Automatisme mental datant de 20 ans*, *Soc. clin. Méd. ment.*, janvier 1926.

expansion joviale peut faire croire à un état maniaque, alors qu'elle n'est qu'une réaction normale du sujet devant les constatations de son étrange pouvoir. De plus, quand il est persécuté, il possède ainsi un moyen d'être renseigné sur les intentions de ses persécuteurs et peut leur opposer des moyens de défense (Obs. I).

*Dans le diagnostic des psychoses*, le symptôme du devinement de la pensée nous paraît présenter un certain intérêt. Dans notre observation (IV) la malade était très réticente, elle niait toute hallucination. D'après son comportement on pouvait croire qu'il s'agissait d'un état maniaque avec fabulation. Or le symptôme de devinement de la pensée qui dominait le tableau clinique nous a permis d'affirmer l'existence de l'automatisme mental confirmé par la révélation ultérieure et certaine des hallucinations auditives.

Nous sommes persuadés que ce symptôme, jusqu'alors jamais signalé, et actuellement rarement recherché, existe plus souvent qu'on ne peut le croire et peut rendre des services dans le diagnostic des psychoses en mettant sur la piste d'un automatisme mental. Tout récemment chez une malade que nous avons examinée avec M. Séglas et dont nous ne pouvons rapporter ici l'observation, le comportement, les réponses, le contenu du délire donnaient l'impression d'une psychose interprétative chronique. Cette malade méfiante et réticente, internée une fois en Allemagne, ne voulait pas parler de ses hallucinations. Mais orgueilleusement elle énonça avec précision le symptôme du devinement de la pensée. Cet aveu permit d'entamer le bloc de ses réticences. Au cours de l'interrogatoire, le devinement de la pensée fut complété par l'aveu de la prise de la pensée, d'hallucinations auditives et psychiques, c'est-à-dire par tous les autres éléments de l'automatisme mental qui permirent d'affirmer l'existence d'une psychose hallucinatoire chronique. Il s'agissait d'un délire chronique datant de 15 ans au moins, arrivé à la période de néologismes, et les conséquences médico-légales qui avaient en vue l'interdic-

tion de la malade étaient différentes de celles qui auraient pu être envisagées s'il s'était agi d'une psychose interprétative. Or ce fut le devinement de la pensée qui nous permit de déceler tout l'ensemble de l'automatisme mental.

*Au point de vue médico-légal*, le devinement de la pensée dans l'observation (1) a déclenché le désordre des actes de la malade et l'accident d'automobile qui fut la cause de son envoi à l'Infirmierie Spéciale. Le symptôme que nous décrivons présente donc une certaine importance puisqu'il est capable de diriger les actes et la conduite des malades.

Enfin nous attirons l'attention sur le fait que trois de nos sujets étaient atteints d'affections organiques. Catherine (Obs. VI) était une urémique hypertendue et azotémique. Blanche et Eugénie (Obs. III et IV) étaient des épileptiques. Nous aurons l'occasion dans les chapitres ultérieurs de rappeler ces faits qui viennent à l'appui de l'origine *organique de l'automatisme mental* auquel se rattache le symptôme du devinement de la pensée.

(A suivre).

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

SÉANCE DU 25 OCTOBRE 1926

Présidence : M. SOLLIER, Président

Mme Minkowska, MM. Beaudouin, Demay, Minkowski, Petit, Rayneau, Targowla, membres correspondants, assistent à la séance.

M. Sollier, président, prononce l'allocution suivante :

Messieurs, avant de commencer nos travaux, j'ai le douloureux devoir de vous annoncer la mort prématurée et imprévue de deux de nos collègues les plus distingués, membres titulaires de notre Société, Maurice Mignard et André Collin, emportés tous deux à 45 ans pendant les vacances.

Maurice Mignard, médecin-chef des Asiles de la Seine, est décédé le 2 août, au moment où il paraissait avoir triomphé du mal qui l'avait forcé, depuis plusieurs mois, à nous quitter et à abandonner ses fonctions de secrétaire qu'il remplissait avec le zèle et la conscience qu'il apportait à tout ce qu'il faisait.

Je ne ferai que vous rappeler ses principaux travaux que vous connaissez tous comme moi, sur la joie passive, la psychologie des délires, l'auto-conduction mentale, l'imagination objectivante, etc.

Esprit des plus cultivés, licencié ès lettres, ses études reflétaient ses connaissances et son goût de la philosophie, et dépassaient ainsi le cadre de la médecine ordinaire.

Son caractère était à la hauteur de son esprit : d'une haute moralité, qui avait, pendant la guerre — où sa conduite lui avait valu la croix de guerre — évo-

lué vers la foi religieuse, sa douceur, sa bonté, son dévouement, lui avaient attiré l'amitié et le respect de tous ceux qui l'approchaient, et ses malades eux-mêmes l'appelaient le Saint.

Pour la psychiatrie française, pour notre société, pour sa famille et ses amis, pour ses malades aussi, Maurice Mignard laissera un vide difficile à combler et le souvenir d'un médecin dans toute la force du terme, joignant à la science la conscience et l'humanité.

André Collin, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de Clinique des Maladies mentales à la Faculté, était à peine plus âgé que Mignard et sa mort, survenue après quelques jours de maladie, a surpris encore plus tous ses amis.

Il avait étudié la psychiatrie avec des maîtres tels que Gilbert Ballet, dont il fut le chef de clinique, Dupré, Chaslin et Séglas. C'est dire qu'il avait une solide éducation clinique, dont on retrouve du reste la marque dans tous ses travaux, consacrés surtout à l'enfance anormale. Tout ce qu'il a écrit sur l'hystérie infantile, le développement de l'enfant, les convulsions et l'épilepsie chez l'enfant révèle, à côté d'une grande observation clinique, une réelle originalité de vues. Avec les enfants délinquants, il avait abordé, en collaboration avec un magistrat, M. Rollet, le côté médico-social et médico-légal de la question des anormaux.

Travailleur, chercheur, actif et modeste, il n'avait que des amis. Grâce à ses travaux il se survivra à lui-même, comme Mignard.

Aux familles de ces deux excellents et distingués collègues la Société Médico-Psychologique adresse ses plus sincères condoléances, et ses sympathies aussi vives qu'involontairement tardives, et l'assurance que leur souvenir sera conservé fidèlement ici.

J'ai, d'autre part, le plaisir de vous signaler la nomination comme Chevalier de la Légion d'Honneur de notre collègue et ancien secrétaire, M. Charpentier, auquel j'adresse en votre nom nos plus amicales félicitations.

Adoption du procès-verbal de la dernière séance.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — La correspondance manuscrite comprend : une lettre de M. Paul Courbon, membre correspondant, qui pose sa candidature à la place de membre titulaire, déclarée vacante au mois de juillet dernier. Une commission est nommée composée de MM. Pactet, Semelaigne, Charpentier, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend : une invitation à la 70<sup>e</sup> réunion de la Société suisse de psychiatrie qui aura lieu les 27-28 novembre, à Zurich. « La Suggestion » fera l'objet des rapports de MM. Forel (Nyons), P. Janet (Paris) et E. Strauss (Berlin).

### Anniversaire de la mort de Pinel

(25 octobre 1926)

M. René SEMELAIGNE. — Le 25 octobre 1826, il y a un siècle aujourd'hui, Pinel s'éteignait, à six heures du matin, dans cette maison de la Salpêtrière où s'étaient écoulées trente et une années de son existence, où il avait peiné, où il avait aimé, où il avait écrit le *Traité de la manie* et la *Nosographie philosophique*, formé Esquirol et Ferrus, assisté aux débuts dans la carrière de Jean-Pierre Falret, Félix Voisin, Georget, Trélat, Leuret, Delaye, Foville et Calmeil. Après un service à la chapelle, son corps fut transporté au Père-Lachaise, et les vieilles femmes de l'hospice, en état de marcher, firent à accompagner la dépouille mortelle de celui qui les avait traitées avec tant de bonté. Là, pas de monument, une dalle avec le nom ; sa tombe est simple comme sa vie. Dans les coins ignorés des cimetières où ils reposent, les vrais grands hommes, ceux qui servirent utilement la patrie, peuvent dormir leur dernier sommeil à l'abri des visiteurs importuns ; les honneurs publics ne sont pas pour eux. C'est aux rhéteurs, c'est aux politiciens

que l'on réserve les pompes officielles et les caveaux du Panthéon.

Lorsque Pinel était arrivé à Paris, en 1778, Jean-Jacques Rousseau venait de mourir, et la foule, dont ses idées avaient profondément troublé l'âme inquiète, se pressait autour de son tombeau. La reine elle-même, dit-on, s'était rendue à l'île des Peupliers. Pinel avait retrouvé, au quartier des écoles, un de ses condisciples de Montpellier, le chimiste Chaptal, et il le décida sans peine à l'accompagner à Ermenonville. Son émotion fut si vive, si nous en croyons Pariset, qu'il ne put, durant les cinq jours consacrés à ce pèlerinage, goûter un seul instant de repos. Le spectacle qui s'offrait aux yeux devait fatalement impressionner les esprits en cette fin de siècle hypersensible. Le temps efface les souvenirs, et nombreux sont sans doute aujourd'hui ceux qui ignorent ces lieux si connus de nos pères. Pourtant, le 2 juillet 1878, sous la conduite de Baillon, alors professeur d'histoire naturelle à la faculté de médecine, un groupe d'étudiants vint herboriser à Ermenonville, et l'un d'eux, gagnant l'île à la nage, recouvrait d'une énorme couronne de pervenches, cueillies dans les bois voisins, la place où, pendant près de dix-sept ans, Jean-Jacques avait reposé. Les jeunes gens, réunis en ce jour anniversaire pour lui rendre un pieux hommage, n'ignoraient pas son aversion pour les thérapeutes impuissants à soulager ses misères, et je ne crois pas sans intérêt, à ce sujet, de citer cette pensée de Pinel : « Rousseau, dans un accès d'humeur caustique, invoque la médecine, et lui conseille de venir sans le médecin. Il eut bien mieux servi l'humanité, s'il eût fait tonner sa voix éloquente contre l'impéritie présomptueuse, et en appelant le vrai talent à l'étude de la science qu'il importe le plus d'approfondir et de bien connaître. » Lui-même avait vu à l'œuvre des docteurs régents de cette ancienne faculté qui s'était si obstinément fermée devant lui ; il avait constaté les résultats d'une médication par les saignées épuisantes, les purgations répétées et la diète prolongée, et sa doctrine était tout autre : la nature tendant

spontanément à réagir contre l'invasion du mal, on ne doit pas contrarier ses efforts, mais les observer, les seconder, et au besoin les suppléer. Respectueux du passé, il avait foi dans l'avenir. Les connaissances acquises lui paraissaient cependant insuffisantes, et il invitait les élèves à persévérer dans leurs recherches. « Vouloir rester stationnaire, disait-il, c'est reculer. » On lui a parfois reproché, au point de vue de la médecine mentale, l'insuffisance de sa thérapeutique, sans songer que, pendant près de neuf années, il eut surtout à soigner des chroniques ; en effet il ne fut guère envoyé dans les deux hospices, jusqu'au commencement de germinal an X, c'est-à-dire la fin de mars 1802, que des malades déjà traités à l'Hôtel-Dieu, et réputés incurables. Ils arrivaient inquiets, déflants, anémiés, épuisés. Procurer à de tels malades la liberté des mouvements, un logement salubre, une nourriture suffisante, la vie à l'air et à la lumière, leur parler avec douceur, gagner leur confiance, n'était-ce pas déjà un mode de traitement ? Et Pinel obtint ainsi des guérisons. Il aurait voulu leur donner à tous, paisibles ou agités, une occupation manuelle appropriée, mais au cours de ses deux années de séjour à Bicêtre, il ne put même pas obtenir de l'administration, malgré des instances réitérées, un terrain de culture pour les convalescents. Aussi, une plantation d'arbres devant avoir lieu à l'intérieur de l'hospice, il résolut, sans hasarder une nouvelle requête, d'y employer des malades, et le résultat fut des plus encourageants. Enfin, à la Salpêtrière, il parvint, non sans peine, à organiser des ateliers. Tel fut le début, dans nos asiles, de la thérapeutique des maladies mentales par le travail.

En médecine, comme en toutes choses, certains semblent se plaisir à contester les faits, à dénigrer le mérite, à soulever des questions de priorité. Discussions fastidieuses et sans portée. Soulager les souffrances, soigner les malades, c'est une idée vieille comme le monde et tout homme de bien a eu des précurseurs. Mais celui-là seul qui, conscient de l'avenir, a su fonder une école et s'assurer des successeurs dignes de lui, peut s'imposer à la postérité.



Si les réformateurs ont souvent à lutter contre des difficultés matérielles, à vaincre ces résistances opposées à toute nouveauté, Pinel rencontra des obstacles, autrement durs à surmonter. C'est à l'une des époques les plus troublées de notre histoire, à l'heure où le pays était menacé, où les concitoyens s'armaient les uns contre les autres, où partout dominait la terreur, où partout régnait la guerre, qu'il entreprit son œuvre de paix. Pour mener à bien une tâche ardue, pour faire aboutir des réformes, il faudrait une existence calme, exempte de soucis. Lui se savait surveillé, accusé de modérantisme, soupçonné de donner asile à des proscrits. Il en avait, en effet, sauvé plusieurs, et il procura une retraite à son ami Condorcet. Il risquait sa tête et ne l'ignorait pas, mais il avait coutume de suivre la voie droite, prenant pour seuls guides la justice et la pitié. Malgré les obstacles, malgré les périls, le succès couronna ses efforts et son œuvre est durable.

L'histoire nous offre maint exemple de réputations usurpées, de célébrités de carrefour, d'êtres remuants, vaniteux et bavards, dont la faconde égare les foules, et Pinel les appelait « ces pygmées qui font un si grand bruit ». Plus tard leur vrai visage apparaît, et, ramenés à leur niveau, l'oubli les attend. Mais quand un homme a, sans défaillance, lutté pour la bonne cause, et consacré son existence au service de ses semblables, son nom mérite de rester gravé dans les annales de la patrie reconnaissante. C'est en vain que des mains sacrilèges voudraient en arracher les pages les plus belles ; en dépit des contempteurs de nos gloires nationales, n'est-il pas des morts qui vivront toujours ?

M. HENRI COLIN, secrétaire général. — Pour faire suite à l'éloquent discours que nous venons d'entendre, j'ai une communication à faire à la Société. Aujourd'hui, à l'Asile Clinique, avait lieu la distribution solennelle des diplômes et des prix aux élèves des Ecoles départementales d'Infirmiers et d'Infirmières des asiles de la Seine, sous la présidence de M. Dherbécourt. Président du Conseil Général, en présence de

M. Bouju, Préfet de la Seine et d'un grand nombre de notabilités.

Le souvenir de Pinel, en ce jour anniversaire de sa mort, a été évoqué, comme cela se devait, ainsi que celui de son surveillant en chef et collaborateur Pussin qui demeure le modèle des infirmiers d'asile. Pendant cette cérémonie, M. Fleurot, conseiller municipal de Paris et conseiller général de la Seine, m'a fait prier de saisir notre Société d'une proposition tendant à célébrer le centenaire de la mort de Pinel, dans une cérémonie à laquelle on associerait aux Sociétés savantes, aux diverses notabilités et au corps médical, le corps hospitalier des Hôpitaux et des asiles.

J'ai l'honneur de vous soumettre cette proposition : La Société médico-psychologique veut-elle prendre l'initiative de la célébration du centenaire de Pinel ?

L'assemblée consultée adopte à l'unanimité la proposition qui lui est faite et désigne comme comité d'organisation le Bureau de la Société médico-psychologique, qui fera appel aux Sociétés savantes et professionnelles et aux personnalités susceptibles de s'intéresser à la glorification de l'illustre médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière.

M. René Sémelaigne, descendant de Pinel, est dès maintenant adjoint au Comité.

### *Rapport de candidature*

M. René CHARPENTIER. — Messieurs, dans votre dernière séance, vous avez désigné une Commission composée de MM. Henri Claude, Toulouse et René Charpentier, rapporteur, pour examiner la candidature de M. le D<sup>r</sup> C. Trétiakoff au titre de membre associé étranger de la Société médico-psychologique.

De nationalité russe, M. le D<sup>r</sup> C. Trétiakoff, docteur en médecine (1919) de la Faculté de Médecine de Paris, est un ancien chef de laboratoire de la Clinique neurologique de la Salpêtrière. Il est déjà membre correspondant étranger de la Société de Neurologie de Paris et de la Société italienne de neurologie.

En plus de sa thèse de doctorat consacrée à l'anatomie pathologique du locus niger de Soemmering et à la pathogénie des troubles du tonus musculaire et de la maladie de Parkinson, le D<sup>r</sup> C. Tretiakoff a publié de nombreux travaux scientifiques sur l'anatomie pathologique de l'encéphalite léthargique et des syndromes parkinsoniens, de la chorée aiguë de Sydenham, de la démence précoce hébéphréno-catatonique, d'un cas de délire polymorphe avec démence d'emblée, d'un cas d'agénésie du corps calleux sans troubles psychiques, d'un cas de myxœdème congénital avec crétinisme. Il a étudié également les lésions médullaires de l'hérédo-ataxie cérébelleuse, de la maladie de Friedreich et de la paraplégie spastique familiale, l'état des plexus choroïdes dans les maladies familiales du système nerveux, l'histologie de la moelle dans un cas de maladie de Landry, les plaques cyto-graisseuses dans les diverses maladies mentales, les lésions vasculaires dans la psychose maniaco-dépressive, les granulations pigmentaires péri-cellulaires d'origine hématique dans un cas d'alcoolisme avec troubles mentaux, etc.

Je vous rappelle encore ses études sur un procédé de recherche des troubles d'évocation verbale chez les artério-scléreux sub-aphasiques, sur les troubles mentaux dans deux cas de myopathie primitive, sur un cas de démence précoce datant de 21 ans chez un syphilitique et sur un cas de maladie de Tay-Sachs (forme paralytique à prédominance hémiplegique gauche).

A l'unanimité, votre Commission vous propose de nommer M. le D<sup>r</sup> C. Tretiakoff (de Moscou) membre associé étranger de la Société médico-psychologique.

*Election.* — A la suite de ce rapport, M. le D<sup>r</sup> Tretiakoff est élu membre associé étranger de la Société médico-psychologique, à l'unanimité des membres présents.

## Nouveau cas d'état de mal épileptique mortel au cours du traitement par le gardénal

Par MM. L. MARCHAND et J. PICARD

En décembre 1921, ici-même, l'un de nous rapportait le premier cas d'état de mal épileptique mortel au cours du traitement par le gardénal (1). A propos de cette communication, la question a été posée de savoir si l'état de mal est devenu moins fréquent depuis l'emploi de ce médicament. Depuis, sept autres cas ont été publiés par MM. Trénel et Cuel (2). Les cas non rapportés doivent être nombreux, puisque, au seul asile de Villejuif, deux cas mortels ont eu lieu récemment. L'observation suivante vient s'ajouter aux précédentes ; elle n'a rien d'exceptionnel, mais entraîne quelques remarques sur la difficulté d'appliquer un traitement rapide et efficace quand l'état de mal survient chez des épileptiques soumis au traitement par le gardénal.

Mlle L., âgée de 24 ans, entre à l'asile de Villejuif le 28 juillet 1924, avec le certificat suivant : « Arriération intellectuelle avec épilepsie ; crises convulsives nombreuses, suivies de confusion mentale agitée. Infantilisme ; parésie du bras droit ; absence de réflexes patellaires. Incapacité de se diriger seule. Wassermann négatif. » (Dr Marchand).

Pas d'hérédité névropathique notable.

Elle a présenté depuis l'âge de deux ans des crises convulsives, survenues, semble-t-il, à la suite d'un état méningé. Simultanément est apparue une hémiplégie droite dont subsiste une légère hémiparésie : la main droite est plus faible et moins habile que l'autre.

---

(1) L. MARCHAND. — Etat de mal épileptique mortel au cours du traitement par le gardénal. *Soc. Méd.-Psych.*, 29 décembre 1921.

(2) TRÉNEL et CUEL. — Etat de mal mortel par interruption brusque du gardénal et état de mal au cours de ce traitement. *Soc. Méd.-Psych.*, 28 avril 1924, page 442.

TRÉNEL. — Sur un nouveau cas d'état de mal mortel au cours du traitement par le gardénal. *Soc. Méd.-Psych.*, octobre 1924, page 209.

La malade, qui a toujours été bien réglée, présente un certain degré d'arriération intellectuelle. Elle écrit et compte plus facilement qu'elle ne lit. Sa mentalité est puérile ; elle manifeste une satisfaction enfantine pour tout ce qui la touche. L'affectivité est conservée ; le caractère est facile ; dans le service elle est tranquille et douce.

Depuis sa plus petite enfance, les crises comitiales ont été fréquentes mais irrégulières, présentant tous les caractères des accès classiques avec chute, perte de connaissance, convulsions généralisées, morsure de la langue, émission d'urines, salivation mousseuse.

Mise au gardénal, dès son entrée, elle suit d'abord irrégulièrement le traitement ; mais, à partir du 18 septembre 1925, on administre le gardénal à la dose de 0 gr. 20, qui sera prise désormais chaque jour très régulièrement. Dès le 27, crise quotidienne pendant quatre jours. Puis diminution progressive de celle-ci pendant six mois.

	1924		1925		1926	
	CRISES	VERTIGES	CRISES	VERTIGES	CRISES	VERTIGES
Janvier.....			8	4	1	0
Février.....			11	2	1	0
Mars.....			3	0	0	0
Avril.....			8	0	1	0
Mai.....			11	1	Etat de mal mortel	
Juin.....			4	0		
Juillet.....	3	0	8	0		
Août.....	0	2	8	0		
Septembre.....	0	0	6	0		
Octobre.....	1	0	4	0		
Novembre.....	8	0	3	0		
Décembre.....	5	1	2	0		

Le 13 mai 1926, la malade a une crise et se blesse en tombant (ecchymose péri-orbitaire de l'œil gauche). Elle a de nouveau une crise le 15 et le 17. Le 20, début de l'état de mal : crises subintrantes durant toute la matinée. La malade perd connaissance et tombe dans un état comateux avec stertor, résolution musculaire complète et aréflexie patellaire. Le pouls est petit, rapide ; la température atteint 40°. On pratique une saignée de cent grammes et une injection intramusculaire de cinq centimètres cubes de somnifène. Il est, en outre, donné en lavements cinq grammes de bro-

mure et cinq grammes de chloral, lavements qui seront répétés les jours suivants ainsi que des injections d'huile camphrée, de caféine, puis de spartéine. On note seulement trois crises dans l'après-midi et cinq dans la nuit. La malade reste dans le coma.

Le lendemain, 21, sept accès se produisent dans la matinée, puis trente-trois consécutifs de onze heures à quatorze heures et enfin toutes les dix minutes. L'état comateux persiste ; le réflexe cornéen est conservé. On injecte à la malade dix centimètres cubes de son propre sérum de la veille et l'on pratique une ponction lombaire avec soustraction de dix centimètres cubes d'un liquide clair. La température baisse progressivement à 38°8. Deux faibles accès de cinq minutes se produisent dans la nuit.

Le 22, au matin, la température est à 39°9 et redescendra dans la journée à 38°5. Sous l'influence des toni-cardiaques le pouls s'améliore ; il n'est plus noté de convulsions. La malade réagit légèrement quand on lui pince les bras et les membres inférieurs. Les pupilles qui étaient les jours précédents en mydriase sont en myosis. Toutefois, le réflexe cornéen est aboli. — On pratique une injection de 200 centimètres cubes de sérum glucosé.

Le 23, la température remonte à 39°5. La malade meurt le 24 au matin.

Il y eut opposition à l'autopsie.

D'après cette observation et celles que nous avons citées plus haut, il ressort que l'état de mal peut survenir au cours du traitement par le gardénal, produit qui a cependant un pouvoir anticonvulsivant remarquable. Malgré un traitement énergique, consistant en saignée, injection de somnifène, lavements répétés de bromure et de chloral, ponction lombaire, réinjection sous-cutanée de sérum sanguin, huile camphrée, caféine, spartéine, sérum glucosé, la malade a succombé.

Le pronostic des états de mal survenant au cours du traitement par le gardénal est particulièrement grave puisque, sur les dix cas que nous connaissons, nous ne constatons que quatre guérisons. Il est bien plus grave que celui des états de mal qui apparaissent pendant le traitement bromuré car, comme l'un de nous l'a montré

avec M. Toulouse (1), il est rare que les états de mal aient une issue fatale si l'on continue à donner aux malades des doses croissantes et fractionnées de bromure.

Quand les malades sont atteints de crises subintran-tes au cours du traitement par le gardénal, on ne peut augmenter les doses de gardénal que de quelques centigrammes, et cette augmentation n'a aucun effet. Souvent même, comme les malades tombent rapidement dans le coma, on ne peut leur faire prendre le gardénal par la voie digestive, on a recours aux lavements bromurés. Cette façon de procéder équivaut à une suppression brusque du gardénal, et l'on sait combien celle-ci est dangereuse chez tout épileptique. Le bromure que l'on donne en lavements n'agit que lentement ; il faut plusieurs jours pour qu'il exerce son action et il est trop tard pour sauver le malade. On pourrait sans doute recourir aux injections sous-cutanées de gardénal sodique, mais, comme l'ont remarqué MM. Quercy et Sizaret (2), cette solution n'est pas stable, sa stérilisation est impossible et son action est moindre, même à dose triple, que le gardénal pris par voie digestive.

#### DISCUSSION

M. DUPOUY. — Puisque, d'après M. Marchand, l'intolérance gastrique au cours de l'état de mal oblige à suspendre l'administration du gardénal, ce qui aggrave la situation, ne pourrait-on pas utiliser le gardénal ou le luminal sodique en injections sous-cutanées.

M. TRÉNEL. — Quand je vois survenir un état de mal chez un épileptique traité par le gardénal, je me demande toujours si le malade a réellement pris le médicament et s'il ne s'agit pas d'un état de mal par

---

(1) TOULOUSE et MARCHAND. — Traitement de l'état de mal épileptique. *Soc. Méd.-Psych.*, 24 avril 1922.

(2) QUERCY et J. SIZARET. — Sur le traitement de l'épilepsie par le gardénal. *Revue médicale Française*, février-mars 1922, p. 31.

privation. Il est incontestable cependant que le gardénal provoque parfois des accidents. J'ai présenté à la Société clinique une épileptique chez laquelle le gardénal provoquait de façon certaine un accès maniaque ; le fait s'est reproduit à quatre reprises. Quand cette malade prenait du bromure, elle avait des crises convulsives, mais restait calme. J'ai eu l'occasion d'employer le gardénal sodique chez un paralytique général avec crises convulsives, secousses, hypertonie sans perte de connaissance. Il a été très amélioré avec vingt centigrammes.

M. MARCHAND. — La malade dont je parle prenait certainement son gardénal de façon régulière, de même celle dont j'ai publié l'observation en 1921. On a trop tendance à croire que le gardénal est le médicament héroïque de l'épilepsie. Même dans les cas les plus favorables que je vois à la consultation externe du Dispensaire, les crises ne sont presque jamais complètement supprimées par le gardénal.

## Une enquête médico-sociale sur le suicide à Paris

Par Mlle Suzanne SERIN, médecin des Asiles

Les études faites jusqu'à présent sur le suicide l'ont été de deux points de vue différents : l'un sociologique, et surtout statistique, portant sur le nombre des suicides, les modalités les plus habituelles, la fréquence suivant le sexe, l'âge, la condition sociale, la nationalité ou la race ; c'est ainsi qu'ont été faits, par exemple, les travaux de Proal ; l'autre, médical, est celui des psychiatres étudiant surtout la tendance au suicide des aliénés. Il suffit de rappeler à ce propos les travaux d'Esquirol, Falret, Moreau de Tours et Briere de Boismont.

Dans un travail important, déjà ancien, Durkheim s'était efforcé de réunir ces deux ordres d'étude ; mais



sa nomenclature ne répond plus aux classifications actuelles.

*L'enquête.* — L'Hôpital Psychiatrique Henri Rousseau a organisé une série d'enquêtes dans le but d'étudier, en particulier, les causes du suicide. Ces enquêtes, qui ont porté de janvier 1925 à octobre 1926 sur 420 cas, ont été conçues de la façon suivante.

Dès qu'un suicide était signalé par un des grands quotidiens dans la Ville de Paris, le service en prenait note. Pour ceux qui étaient suivis de mort, une assistante sociale, spécialement formée en vue de ce travail, se rendait au domicile du suicidé, et s'efforçait de recueillir tous les renseignements propres à éclairer sur les antécédents du sujet, son attitude dans les jours qui avaient précédé le suicide, les motifs qu'il avait pu donner de son acte. Pour les autres je me suis rendue, soit au domicile du rescapé, soit à l'hôpital où il était soigné, afin de procéder à un examen mental.

C'est donc l'originalité de cette enquête, qu'elle a permis de faire un examen de tous les rescapés, et non pas seulement de ceux que des troubles mentaux avaient amenés à l'asile. Il est cependant, disons-le tout de suite, une catégorie de suicides qui nous ont échappé : ce sont ceux qui ont été réalisés dans des familles riches, à moins qu'il ne s'agisse de cas sensationnels, ces suicides sont toujours inavoués.

Même dans les classes laborieuses où ont surtout porté nos recherches, celles-ci n'ont pas été sans quelques difficultés. Si certains rescapés, certaines familles ont réservé le meilleur accueil à nos visites, — très souvent, il faut le dire, dans l'espoir d'en obtenir un secours que nous nous sommes toujours efforcés de leur procurer, — il a été impossible d'atteindre certains sujets soit que ceux-ci aient déménagé, soit qu'ils aient condamné leur porte. A l'hôpital, par contre, notre tâche a toujours été plus aisée.

*Résultats.* — Les résultats que nous avons obtenus sont les suivants :

Sur 420 suicides, on en compte 230 d'hommes, 173 de

femmes, 17 seulement d'enfants de moins de 18 ans. 200 suicidés étaient célibataires, 138 mariés, 41 en état de veuvage, 24 divorcés. Notons-le, dans cette ville cosmopolite qu'est Paris, alors que les hôpitaux, les services d'admission et les prisons sont encombrés d'étrangers, c'est à peine si nous avons relevé quelques suicides de Russes, de Polonais, de Belges ou d'Italiens.

Les *professions* les plus atteintes nous paraissent, par ordre de fréquence, celles de manoeuvre, journalier, homme de peine, ménagère, ouvrier en usine, domestique, retraité ou petit rentier. Nous comptons parmi nos suicidées plusieurs prostituées en carte ou clandestines.

Les *moyens* les plus habituellement employés sont, par ordre de fréquence : le revolver, la noyade, la pendaison, l'asphyxie par le gaz d'éclairage ou le charbon de bois, l'ingestion de poison ou de toxique, la section de vaisseaux ou de la trachée, l'écrasement sous une rame de métro ou un train.

Certains aliénistes, Esquirol, Falret, Moreau de Tours soutiennent l'opinion que toute tentative de suicide s'accompagne de troubles mentaux ; d'autres auteurs, Brierre de Boismont, Durkheim, Proal, plus récemment Pfersdorff, sont moins catégoriques.

D'après les cas que nous avons étudiés au cours de cette enquête, il semble qu'un nombre important — un tiers exactement — aient été conçus et exécutés en l'absence de toute tare psychique.

*Suicides non psychopathiques.* — Le motif le plus fréquemment invoqué est le « *chagrin intime* », veuvage, abandon, déception amoureuse, perte d'un enfant. Dans deux cas il s'agissait de filles abandonnées au cours d'une grossesse. Dans 72 cas de ce genre, bien que nous nous soyons particulièrement attachée, chez les rescapés, à rechercher les troubles mentaux, les signes de déséquilibre, nous devons reconnaître que nous n'avons rien trouvé.

50 suicides ont été causés en dehors de toute tare psychique, par la *misère*, ou par les *revers de fortune*.

Les vieillards paient un tribut particulièrement lourd à ce genre de suicide.

44 ont été le fait de sujets atteints de *maladies douloureuses*, sachant ou se croyant incurables. Le cancer, la syphilis et la tuberculose sont particulièrement redoutés. Il est aussi des malades qui, souffrant des séquelles d'une encéphalite léthargique, font des tentatives de suicide, en l'absence, semble-t-il, de tous troubles mentaux.

*Suicides psychopathiques.* — Mais les deux tiers des cas de notre statistique relèvent de *causes psychopathiques*.

Soixante-dix-huit de ces suicidés présentaient ou avaient présenté des *troubles mentaux* bien caractérisés. Nous avons noté par ordre de fréquence, la dépression mélancolique, les troubles aigus ou subaigus de l'intoxication alcoolique, l'involution sénile, la démence précoce, l'épilepsie, les psychoses traumatiques, l'obsession-suicide, les délires chroniques, les démences organiques, la paralysie générale, la puerpéralité, les délires fébriles, les séquelles d'encéphalite léthargique.

Soixante-douze suicides sont le fait de *déséquilibrés*, parfois épileptiques, parfois alcooliques mais sans que le suicide ait été en rapport direct avec l'alcoolisme ou l'épilepsie. Le suicide des déséquilibrés se présente d'ailleurs d'une façon habituellement bien différente de celui de l'aliéné ; ni délirant, ni dementiel, il a en général des motifs plausibles, mais en disproportion flagrante avec la gravité de l'acte. La suggestibilité du sujet se manifeste souvent dans la tendance à reproduire dans tous ses détails un suicide sensationnel par son mode ou la personnalité de celui qui l'a accompli.

Dans notre statistique, 19 suicides d'aliénés ou de déséquilibrés sont *collectifs*.

Dans une catégorie bien voisine des suicides d'aliénés ou de déséquilibrés se rangent les *suicides de l'ivresse*. Nous en comptons cent trente exécutés sans motifs plausibles, au cours d'accès d'ivresse, en l'absence de tout raptus, de tout épisode onirique, de

toute idée délirante, et chez des sujets où ne s'était manifesté aucun signe de déséquilibre.

L'hérédité ne paraît pas jouer un rôle très important dans la tendance au suicide. Sur 420 sujets, 32 seulement présentent une hérédité psychopathique. Nous n'avons relevé l'hérédité du suicide que dans huit cas.

Notre statistique contient dix-sept suicides d'enfants, 9 de filles et 7 de garçons, âgés de neuf à dix-huit ans. Ces suicides se produisent surtout à l'époque de la puberté ; car si nous comptons un petit suicidé de neuf ans et un de dix ans et demi, tous les autres sont le fait d'adolescents ayant de 14 à 18 ans. Ces tentatives, généralement impulsives, beaucoup plus rarement préméditées et réalisées alors d'une façon un peu théâtrale, paraissent sincères. Elles sont toutes provoquées par des motifs en apparence futiles : une réprimande, la menace d'un châtiment. Un seul de ces enfants était un arriéré, instable, fugueur incorrigible. Les autres n'avaient jusque-là présenté aucune anomalie psychique. Dans quatre cas, le milieu familial était mauvais : parents alcooliques, de conduite irrégulière, mauvaise entente familiale.

*Conclusions.* — Qu'un grand nombre de ces suicides soit évitable, cela ressort de cette énumération. En étudiant de près les dossiers obtenus, nous avons pu établir que dans cent-dix-sept cas, il eût été possible d'intervenir à temps, soit que le désespéré ait annoncé son suicide, soit qu'il ait manifesté auparavant des troubles qui auraient dû motiver une intervention. C'est contre les chagrins intimes que l'on est évidemment le moins armé. Quoique bien des misères soient la conséquence de la psychopathie, la lutte contre la misère n'est, dans la plupart des cas, qu'indirectement d'ordre médical. L'hospitalisation, une surveillance continue, empêcheraient certains suicides causés par des maladies douloureuses. La question est plus complexe pour certains suicides d'encéphalitiques qui se tuent, en dehors, semble-t-il, de tout trouble mental, découragés qu'ils sont par l'infériorité physique et

morale où les a mis l'encéphalite léthargique. On peut se demander si ces idées de suicide, jusqu'à un certain point justifiées, peuvent motiver l'internement. En l'absence de tout trouble mental, il ne le semble pas.

Les déséquilibrés sont difficiles à secourir. Leur geste, presque toujours impulsif, est presque impossible à prévoir; empêchés, ils le renouvellent si se reproduisent les difficultés que leur volonté débile ne peut surmonter. La prophylaxie de ces suicides est une œuvre de longue haleine, pour une part extramédicale et qui agirait d'autant plus efficacement qu'elle serait commencée dès l'enfance. Une orientation professionnelle judicieuse, la transplantation dans un milieu favorable, alors que le milieu familial est presque toujours mauvais, en apparaissent les moyens les plus sûrs.

Par contre, les suicides ayant pour cause des troubles mentaux paraissent essentiellement évitables. Une mise en observation, un internement opportun, empêcheraient un nombre important de suicides.

Déjà, avec des moyens restreints, le Service social du Dispensaire a pu, au cours de ces enquêtes, apporter une aide souvent efficace. Six des rescapés que j'ai examinés et qui étaient atteints de troubles mentaux ont été admis au service ouvert. Une septième, actuellement encore en traitement à l'hôpital St-Louis, nous sera adressée dès qu'elle sera transportable. Deux autres, une hypochondriaque et une fille enceinte, très déprimée, à qui nous avons conseillé de venir à la consultation, et qui ne s'y sont pas présentées, ont été signalées au Service social. Une assistante est chargée de les surveiller et de nous tenir au courant.

Une autre jeune fille de 20 ans, débile déséquilibrée, moralement abandonnée, qui, se trouvant sans emploi et sans ressources, avait fait une tentative de suicide, a été confiée au Service social qui s'occupe de lui trouver un travail en rapport avec ses goûts et ses possibilités.

J'ai fait plusieurs visites à une rescapée chez qui je redoutais un début de démence précoce, et qui, par

tie en province, a échappé par la suite à mon observation. J'ai pu également faire entrer au service ouvert du-Dispensaire la mère d'un jeune déséquilibré, voleur, qui après avoir tiré sur l'agent chargé de l'arrêter, avait essayé de se tuer. Cette mère, déséquilibrée, toxicomane, a fait elle-même, à plusieurs reprises, des tentatives de suicide. Dans les mêmes conditions j'ai pu dépister dans l'entourage d'un de mes rescapés une démente sénile, très délirante, incapable de subvenir à ses besoins, qui a été envoyée par la suite à l'asile de Moisselles. Le Service social a pu enlever à son milieu, très nocif, et transplanter, ainsi que ses frères et sœurs, un enfant de 9 ans 1/2 qui avait fait une tentative de suicide. J'ai mis en rapport avec des œuvres charitables quatre rescapés dont le suicide paraissait dû uniquement à la misère matérielle. Une consultation va être ouverte au Dispensaire, consultation où seront spécialement examinés et suivis les sujets présentant des idées de suicide.

Une assistance, une prophylaxie plus étendue paraissent dans ce domaine possibles et immédiatement réalisables.

### DISCUSSION

M. ROUBINOVITCH. — Tous les suicides d'enfants que j'ai vus étaient des suicides d'enfants anormaux : débiles, instables ou atteints de grossières lésions cérébrales.

En général ces enfants appartiennent à des familles qui ne s'occupent pas d'eux ; dans les milieux ouvriers les abandons moraux d'enfants augmentent parce que la mère travaillant au dehors ne s'occupe pas de son foyer. Dans ces conditions les enfants peuvent avoir des accès de dépression dont les parents ne s'aperçoivent pas.

Je me demande si le suicide des adultes prétendus normaux ne s'observe pas exclusivement chez des personnes tarées mentalement depuis l'enfance. Ces suicides sont généralement impulsifs et se produisent quand manque tout conseil, tout soutien. Une inter-

vention extérieure opportune les évite. J'ai envoyé au service de prophylaxie mentale un ouvrier qui est venu me trouver disant qu'il était dans la misère, désespéré et qu'il allait se tuer avec sa femme. Il a pu reprendre courage et ne s'est pas tué.

M. SOLLIER. — J'ai eu l'impression que Mlle Serin parlait peu du suicide collectif ou plutôt de l'homicide altruiste suivi de suicide. Ce sont des actes très fréquents signalés presque quotidiennement par les journaux.

D'autre part, quel est l'état d'esprit des rescapés, en dehors naturellement des mélancoliques vrais ? Manifestent-ils le désir de recommencer.

Mlle SERIN. — Beaucoup se proposent de ne pas recommencer.

La séance est levée à 18 h. 30.

*Les secrétaires des séances,*

BUSSARD, GUIRAUD.

---

# ANALYSES

---

## LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

---

### NEUROLOGIE

Syndromes des nerfs de la queue de cheval, par le Docteur Jean-Noël PÉRON. Thèse de Paris, 1926. Legrand, Editeur.

La pathologie de l'extrémité inférieure du névraxe a été édifiée il n'y a pas très longtemps. On connaissait, il y a une trentaine d'années, des syndromes neurologiques comprenant des troubles paralytiques et anesthésiques localisés aux membres inférieurs, aux sphincters vésical et rectal. Le diagnostic des lésions était basé sur l'examen clinique et électrique. Des découvertes récentes ont sérieusement éclairé ce chapitre de pathologie nerveuse. Ce fut d'abord la ponction lombaire, puis la radiographie du rachis. Au cours de la guerre, de nombreux traumatismes de la région sacrée ont réalisé des syndromes très complets de compression ou de section des nerfs de la queue de cheval. Enfin, l'épreuve du lipiodol de Sicard, récemment introduite en clinique, a ouvert de nombreux horizons sur la question du diagnostic étiologique.

Les remarquables revues générales parues depuis les travaux de Raymond ne représentaient qu'une partie de nos connaissances actuelles ; les observations récentes méritaient d'être groupées. Le travail du Docteur Noël Péron présente donc un vif intérêt d'actualité. C'est un véritable traité dans lequel l'étude des syndromes traumatiques et des malformations congénitales a été volontairement écartée. Ces troubles décrits sont illustrés par 59 observations avec schémas, images radioscopiques, les unes résumées, empruntées à des travaux antérieurs, les autres très complètes et personnelles. Le nouveau chapitre ainsi constitué, peut se diviser de la manière suivante :



a) syndromes traumatiques fermés : fractures du rachis et du sacrum à évolution régressive ;

b) tumeurs primitives des parties molles à évolution progressive dont le diagnostic précoce est généralement très difficile ;

c) syndromes de compression par lésions de la gaine osseuse dont les origines sont surtout : la tuberculose (mal de Pott), le cancer vertébral secondaire, les tumeurs primitives et le rhumatisme vertébral chronique ;

d) lésions inflammatoires des racines : la syphilis spinale inférieure distincte du tabes, la méningo-radiculite primitive, les kystes méningés.

Parallèlement aux progrès réalisés dans la voie du diagnostic, des traitements récents ont heureusement permis d'améliorer quelques pronostics. On a pu apprécier les bienfaits de l'orthopédie, de certaines interventions chirurgicales pour tumeurs, de la laminectomie dans les réactions inflammatoires, du traitement spécifique précoce dans la syphilis spinale inférieure.

P. CARRETTE.

## NEURO-PSYCHIATRIE

Travaux de la Clinique Psychiatrique de la Faculté de Médecine de Strasbourg, sous la direction du professeur PFERSDORFF. Année 1924 (1 vol. in-8°, 296 pages. Strasbourg. Imprimerie alsacienne, 1924).

Dans ce volume, le Professeur Pfersdorff nous donne d'abord l'analyse d'un cas de lésion bilatérale du lobe occipital et la comparaison de ce cas avec celui décrit par Goldstein. Puis, dans un intéressant mémoire sur une localisation clinique de la schizophrénie et de l'encéphalite léthargique (avec remarques sur les hallucinations motrices), le Professeur Pfersdorff expose les analogies et les caractères différentiels de certaines formes cliniques relativement rares de l'encéphalite épidémique et de la schizophrénie. Il insiste sur ce fait que la localisation des troubles encéphalitiques est plus restreinte que celle des troubles schizophréniques, et ajoute que l'autocritique est elle aussi un signe différentiel de grande valeur.

Le même volume contient des travaux de M. Jean Münch sur les stéréotypies et le symbolisme des schizophréniques, de M. C. Krüger sur la « folie religieuse », de M. E. Gelma sur l'altération du sens moral dans la période qui précède

*l'éclosion de troubles psychiques d'évolution clinique, et de M. Lucien Charles sur trois cas de psychopathie encéphalitique.*

René CHARPENTIER.

Travaux de la Clinique Psychiatrique de la Faculté de Médecine de Strasbourg, sous la direction du Professeur PFERSDORFF, année 1925 (1 vol., in-8°, 248 pages, Strasbourg, Imprimerie alsacienne, 1925).

Une très importante étude de M. le Professeur Pfersdorff sur les rapports de l'*aphasie transcorticale* et du langage des aliénés termine ce volume annuel qui contient également les travaux de M. W. Jost sur un cas d'*alexie*, de M. J. Münch sur les *Schizophrénies périodiques*, de M. E. Gelma sur un cas de *tuberculome* inclus dans le lobe droit du *cervelet* chez un sujet atteint de *poliocéphalite hémorragique supérieure* et de M. C. Krüger sur un cas de *psychose commotionnelle*.

René CHARPENTIER.

H. BARUK. — Les troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales, 1 vol., 396 p., G. Doin, éditeur.

Cet important ouvrage sera lu avec le plus grand intérêt par les neurologistes et les aliénistes car il constitue le seul travail d'ensemble sur cette question particulièrement difficile.

Dans la description clinique générale des troubles mentaux quelle que soit la localisation de la tumeur, H. Baruk distingue :

- 1° les manifestations confusionnelles transitoires au cours des poussées d'hypertension,
- 2° les états mélancoliques et dépressifs,
- 3° les formes avec atteinte mentale profonde et prolongée.

Les manifestations confusionnelles transitoires liées à l'hypertension s'aggravent, s'atténuent ou disparaissent avec elle. Elles comprennent des formes légères avec simple bradypsychie ; des formes apathiques ; des impulsions et de l'automatisme ambulateur ressemblant beaucoup à l'épilepsie ; des formes oniriques avec accès de sommeil pathologique peut être explicable par une atteinte tubérienne. La description de ces manifestations confusionnelles est complétée par une analyse sémiologique très précise au moyen de tests.

Les états mélancoliques et dépressifs constituent souvent des signes prémonitoires de la tumeur. Ce sont parfois des

syndromes mélancoliques nets avec idées délirantes et tendances suicides, d'autres fois des états psychasthéniques contrastant avec l'état antérieur. Les malades sont réticents et ne se confient qu'au médecin qui sait les interroger. A cette phase prémonitoire le diagnostic est difficile, les signes neurologiques étant encore peu caractérisés.

Dans les formes avec atteinte mentale prolongée et prédominante il s'agit de symptômes de torpeur et de ralentissement psychique, fixes, permanents qui dominent toute l'évolution de la maladie. Certaines de ces formes chroniques rappellent la P. G. avec cependant une atteinte moindre du jugement et une certaine conscience de la maladie; d'autres simulent la psychose de Korsakoff et encore mieux à notre avis la presbyophrénie; d'autres enfin la démence sénile, avec quelquefois du puérilisme analogue au puérilisme démentiel de Dupré ou du puérilisme confusionnel rarement éamnésique. Nous voyons apparaître avec scepticisme des observations simulant la D. P. par tubercules cérébraux où la torpeur et l'inertie nous paraissent avoir été confondues avec du négativisme et des stéréotypies. L'auteur montre avec raison qu'il faut distinguer ces syndromes d'ordre banal de certaines formes vraiment catatoniques avec parkinsonisme par sarcome de la base du cerveau. Enfin sont signalés en quelques pages les états délirants et les particularités des tumeurs chez l'enfant.

Outre ces symptômes atopiques, on constate des troubles mentaux résultant de certaines localisations. Les tumeurs frontales provoquent les troubles mentaux les plus graves: torpeur confusionnelle précoce et particulièrement accusée, accès narcoleptiques, démence, euphorie puérile, moria, perturbation du sens moral. Les troubles de l'orientation spatiale et les symptômes de voisinage aident au diagnostic. Pour les tumeurs du corps calleux, il faut remarquer que le syndrome de Raymond s'observe surtout au début. Les tumeurs de la base sont intéressantes par la présence du syndrome infundibulo-tubérien, les manifestations narcoleptiques, la confusion onirique accompagnant les états hypniques et enfin les troubles portant sur la régulation de l'activité psychique. Plus de 30 observations très détaillées et très bien prises, presque toutes personnelles, servent de pièces justificatives à la description clinique.

Et pour que la forme ne le cède point au fond, l'ouvrage est édité avec goût et même avec luxe et enrichi de nombreuses figures.

## OPOTHÉRAPIE

**Opothérapie endocrinienne. Les bases physiologiques. Les Syndromes. La Posologie et l'Opothérapie par les glandes à sécrétions internes**, par le docteur Guy LAROCHE, médecin des Hôpitaux de Paris. (1 volume in-8°, 256 pages, 17 fig. Masson et Cie, édit., Paris, 1925).

Après un chapitre consacré à la fabrication des produits opothérapiques et à la posologie en général, M. Guy Laroche passe en revue chacune des glandes dont la fonction endocrinienne est reconnue par la plupart des médecins et physiologistes: le corps thyroïde, les glandes parathyroïdes, le thymus, les capsules surrénales, l'hypophyse, les glandes génitales et les îlots de Langerhans du pancréas. Il indique pour chacune de ces glandes, son action physiologique, son rapport avec les autres organes, les syndromes cliniques, les tests cliniques et biologiques, la thérapeutique: produits, posologie, indications, contre-indications. Un chapitre entier est consacré à l'insuline.

Ainsi que le dit l'auteur, dans sa préface, on doit faire de l'opothérapie endocrinienne, lorsqu'on la juge nécessaire, et toujours s'appuyer sur les fondations solides de la physiologie normale et pathologique.

En donnant ces conseils aux praticiens, M. Guy Laroche met entre leurs mains, le meilleur guide pour les suivre.

René CHARPENTIER.

**Formulaire d'opothérapie clinique. Organothérapie**, par le docteur Marcel LAEMMER, (1 volume 146 pages, Masson et Cie édit., Paris, 1925).

Ce formulaire d'organothérapie clinique permet au médecin de choisir l'agent médicamenteux d'après les cas variés qu'il rencontre, de le doser, d'utiliser tel produit frais parce que plus actif, tel autre desséché, tel autre seulement par injection.

On y trouvera des conseils et des formules qui ne correspondent pas forcément à des recherches de laboratoire, mais toujours à l'expérience clinique.

La première partie est consacrée aux médicaments organothérapiques et aux règles générales de l'organothérapie. La deuxième partie constitue le formulaire. L'auteur indique, à propos de chaque maladie, les médicaments à employer, leur forme, les doses. Il termine par un chapitre sur les grands syndromes endocriniens.

René CHARPENTIER.

## PSYCHANALYSE

La science des rêves, par S. FREUD. Traduit sur la 7<sup>e</sup> édition allemande par I. Meyerson. Un vol. de 641 p., Paris, Librairie Félix Alcan. Bibliothèque de philosophie contemporaine.

M. Meyerson nous donne une excellente traduction de l'*Analyse des rêves* de Freud. La traduction est faite d'après la 7<sup>e</sup> édition de l'ouvrage allemand et contient, en dehors des pages écrites par Freud lui-même, un appendice de Otto Rank sur le rêve et la poésie, ainsi que sur le rêve et le mythe. Il ne saurait être question d'analyser ici les conceptions de Freud sur le rêve. Elles sont d'ailleurs en grande partie connues déjà, grâce aux travaux de Freud traduits antérieurement, grâce aussi aux discussions qui ont eu lieu dans les sociétés savantes, au cours des dernières années. Il est toutefois utile de rappeler que l'*Analyse des rêves* est une des œuvres les plus importantes, si pas la plus importante de Freud. Parue, dans sa première édition, en 1900, elle marque une véritable étape dans l'évolution scientifique de l'illustre psychiatre viennois. Il s'y sépare des procédés employés antérieurement, en partie par lui-même, pour l'étude et le traitement des psychonévroses, en particulier de ceux liés à l'hypnose, et y donne toute la mesure de son originalité en établissant une méthode nouvelle (associations libres) pour l'exploration du contenu latent des rêves et de l'inconscient en général. C'est en même temps l'œuvre qui a exercé la plus grande influence sur la psychiatrie clinique, en faisant admettre, par analogie avec le contenu latent du rêve, la notion du contenu de la psychose. D'un bout à l'autre, l'*Analyse des rêves* porte l'empreinte d'un puissant effort créateur, avec la perspective séduisante de contrées inexplorées jusque-là, mais aussi avec les errements que comporte toujours pareil effort. Depuis la première édition, l'*Analyse des rêves* s'est enrichie d'observations et de considérations nouvelles et la circonstance, que la bibliographie qui dans la première édition ne dépassait pas quatre-vingts numéros, occupe vingt-huit pages dans la dernière, prouve à elle seule quelle force suggestive ont eu les idées émises par Freud. Aussi quelque critique que soit l'attitude à l'égard de ces idées, on ne saurait mettre en doute que la traduction de l'*Analyse des rêves* vient on ne peut plus à propos ; elle met à la portée du lecteur français la documentation indispensable pour

une étude sérieuse et une discussion serrée du problème. Nous apprécions d'autant plus la traduction de M. Meyerson que nous sommes à même de nous rendre compte des difficultés énormes que comportait pareil travail.

E. MINKOWSKI.

## PSYCHIATRIE

**La notion de perte de contact vital avec la réalité et ses applications en psychopathologie**, par le Docteur Eugène MINKOWSKI. (Thèse, 80 pages, Jouve et Cie, Paris, 1926).

Les abonnés des *Annales* ont souvent lu ici avec intérêt les travaux et les communications de M. Eugène Minkowski sur le mécanisme psychopathologique de la schizophrénie. Ils trouveront dans sa thèse de doctorat de l'Université de Paris (M. Eugène Minkowski est, en outre, docteur en médecine des Facultés de Kazan et de Munich), un excellent exposé de ces idées. Après avoir rappelé l'insuffisance des diverses conceptions psychopathologiques antérieures, M. E. Minkowski insiste sur l'importance de la notion du contact vital avec la réalité et rappelle que sous l'influence de l'œuvre de Bergson, il fit de cette notion du contact vital avec la réalité, notion dérivée de l'autisme de Bleuler, le point central de la conception de la schizophrénie. Pour lui le trouble générateur des manifestations morbides d'ordre schizophrénique doit être cherché dans la perte de ce contact vital avec la réalité.

De ce point de vue, on peut différencier nettement les deux grands processus mentaux, dégagés jusqu'à présent en psychopathologie : l'affaiblissement intellectuel et la désagrégation schizophrénique. La comparaison des états terminaux, présentés par les paralytiques généraux, d'une part, et les schizophrènes de l'autre, met en évidence des caractères diamétralement opposés : chez les paralytiques généraux, la charpente dynamique du psychisme reste intacte, pendant que les facteurs statiques, et plus particulièrement les traces mnésiques, défont de plus en plus ; chez les schizophrènes, par contre, ce rapport est inversé. Cette différence fondamentale se retrouve au cours des diverses phases évolutives des deux affections étudiées et permet d'interpréter en conséquence leurs principaux symptômes. La démence schizophrénique apparaît, dans ces conditions, comme une démence pragmatique.

M. Minkowski donne ensuite quelques exemples de la

pensée des schizophrènes. Il montre comment, selon lui, le schizophrène privé de la faculté d'assimiler tout ce qui est mouvement et durée, tend à construire son comportement de facteurs et de critères, dont les domaines propres, dans la vie normale, sont uniquement la logique et les mathématiques (rationalisme et géométrisme morbides). La vie déborde à chaque instant ces facteurs et toute tentative de les y appliquer d'une façon continue et absolue ne peut mener qu'à des aberrations.

La défaillance des facteurs dynamiques est alors accompagnée d'une véritable hypertrophie des facteurs rationnels et spatiaux de la pensée. Cette hypertrophie conditionne alors tout le comportement des malades et donne lieu à des tableaux cliniques particuliers.

René CHARPENTIER.

Troubles Mentaux de l'Enfance, par le Professeur PFERSDORFF. (1 brochure, in-8°, 16 pages, in *Le Médecin d'Alsace et de Lorraine*. Strasbourg, 1<sup>er</sup> juillet 1925).

Après un exposé des particularités du psychisme infantile, le Professeur Pfersdorff montre que si les psychoses constitutionnelles et accidentelles sont relativement rares chez l'enfant en comparaison de leur fréquence chez l'adulte, les manifestations multiples de la *dégénérescence* tiennent une grande place dans la psychopathologie infantile.

M. Pfersdorff donne ici les résultats d'une enquête portant sur 550 cas d'enfants arriérés. N'ayant pas l'intention de fixer seulement le degré de l'intelligence, il a utilisé, non les textes classiques de Binet et Simon, mais le schéma dont il se sert lui-même habituellement pour l'examen des aliénés et des démences organiques (aphasie). Il divise ces cas en quatre groupes : les deux premiers qui constituent les *formes progressives* comprennent les tranquilles (groupe I) et les excités (groupe II). Les *formes stationnaires* (démence anassociative) comprennent la démence moyenne (groupe III) et la démence grave (groupe IV).

Un groupe *intermédiaire* à ces deux formes renferme les travailleurs manuels. Les groupes III et IV sont en général caractérisés par l'existence de groupements associatifs bien plus nettement séparés des autres que dans les groupes I et II. Un tableau synoptique accompagne ce travail.

René CHARPENTIER.

## JOURNAUX ET REVUES

## PSYCHIATRIE

Les nouvelles méthodes de traitement de la paralysie générale (pyrétothérapie, inoculation du paludisme), par G. DEMAY et R. PRUGNIAUD, *le Bulletin Médical*, 23-26 juin 1926, n° 27.

Le traitement de la paralysie générale par l'inoculation du paludisme, en grande faveur à l'étranger, n'a été jusqu'à présent que peu employé en France (Claude et Targowla, A. Marie et Kohen, Fribourg-Blanc). Après un exposé des divers procédés de pyrétothérapie, Demay et Prugniaud nous apportent leur contribution personnelle à l'étude de cette thérapeutique.

Sur 18 cas traités tant par l'inoculation de la fièvre récurrente que par l'inoculation du paludisme, ils ont obtenu : 2 rémissions complètes ; 1 rémission très accentuée mais avec persistance de troubles de l'auto-critique ; 3 rémissions incomplètes, les malades, bien qu'améliorés, restant affaiblis intellectuellement ; 6 résultats nuls ; 6 décès dont 2 paraissant causés par la pyrétothérapie.

Ces résultats sont évidemment modestes si on les compare aux brillants pourcentages publiés ailleurs (30 à 50 p. 100 de rémissions). Demay et Prugniaud sont ainsi amenés à critiquer la notion de rémission dans la paralysie générale. Ils remarquent que dans l'appréciation d'une rémission intervient un élément subjectif indéniable : tel auteur tiendra pour un résultat favorable la disparition de troubles surajoutés ou se contentera d'une amélioration très incomplète. Il n'est pas jusqu'à la reprise de l'activité professionnelle qui ne puisse être interprétée de façon différente selon la catégorie sociale à laquelle appartiennent les malades. Enfin l'existence de rémissions spontanées, de formes légères et abortives de la paralysie générale (« P. G. d'hôpital »), d'encéphalopathies syphilitiques à évolution lente, vient encore compliquer le problème et fait parfois attribuer à l'action du traitement ce qui dépend de la nature même de l'affection.

La conclusion, très mesurée, de cette étude, est que,



s'il ne faut pas trop attendre de cette nouvelle thérapeutique, elle peut, du moins, être légitimement tentée chez les malades dont l'état physique le permet. Pour en apprécier la valeur, des observations longtemps poursuivies seront nécessaires. Les auteurs insistent, en terminant, sur la prudence à laquelle est tenu le médecin quand il s'agit d'autoriser le malade à reprendre sa profession antérieure. *Un paralytique général en rémission n'est pas guéri*, tel est le principe qu'il ne faut jamais perdre de vue.

H. BEAUDOUIN.

Trois cas d'états délirants avec fièvre, traités par le vaccin de Delbet (Propidon), par le Dr PRENGOWSKI, *Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift*, 1926, 27.

L'auteur rapporte quatre cas de délire aigu qu'il a traités par des injections de Propidon. Un des malades, malgré l'amélioration survenue après la première injection, mourut, à la suite d'affections intercurrentes (érysipèle et pneumonie). Les trois autres cas se terminèrent par la guérison. Il semble permis d'attribuer cette guérison au traitement appliqué, résultat d'autant plus appréciable que tous les trois cas comportaient dès le début un pronostic grave.

E. M.

---

# SOCIÉTÉS SAVANTES

---

## Société de Psychiatrie

Séance du Jeudi 21 Octobre 1926

Syndrome schizophrénique conscient avec apragmatisme sexuel. — MM. DUPOUY, BAUER et MALE montrent un malade qui après une enfance timide et solitaire présenta plusieurs accès de dépression et un état caractérisé par de l'aboulie, des obsessions, des doutes, des scrupules, des tics et des idées de suicide. Il a de plus présenté la « perte de l'initiative des actes sexuels ».

M. ARNAUD discute le diagnostic de schizophrénie consciente et s'élève contre le terme d'apragmatisme sexuel pour désigner un simple état de frigidité dépourvu de tout symptômes apraxiques.

M. NATTAN-LARIER rappelle que la schizoïdie peut être acquise et résulter d'habitudes d'isolement prises au cours d'une enfance difficile.

Encéphalite épidémique et suicide. — MM. DUPOUY, BAUER, CHATAIGNON présentent deux malades ayant tenté de se suicider au cours d'une encéphalite épidémique.

Encéphalite épidémique fruste. — MM. PETIT, BAUER et Mme REQUIN montrent une malade dont l'encéphalite a débuté par des spasmes des muscles externes de l'œil (déviation des globes en haut) et battements des paupières. Cette malade a dû être internée pour des tentatives de suicide répétées et de nature impulsive.

M. TINEL, après avoir interrogé la malade, insiste sur cette particularité que les impulsions au suicide se produisent qu'au moment des crises de spasmes oculaires.

Délire imaginatif de grandeur, Conséquences médico-légales. — MM. CÉNAC et BARUK présentent un homme déclaré irresponsable et interné à la suite d'actes absurdes (escroqueries, filouterie de taxi). Il a un délire imaginatif de grandeur tellement colossal et absurde qu'il ressemble à

celui de la P. G. bien qu'il ne s'agisse aucunément de cette maladie.

M. CEILLIER rappelle qu'il a fait l'expertise médico-légale de ce sujet, qu'il a également éliminé le diagnostic de P. G. pour retenir celui d'excitation maniaque, qu'il maintient encore, en faisant remarquer que l'activité intellectuelle contraste avec l'activité motrice, beaucoup plus modérée.

M. DELMAS fait également le diagnostic d'hypomanie délirante, rattache l'accès actuel à la psychose maniaque-dépressive et émet un pronostic favorable.

M. LÉVY-VALENSI a vu récemment un maniaque intelligent et cultivé dont les idées de grandeur ne le cédaient en rien en absurdité à la P. G. Ce malade gagnait un milliard par minute.

L'insuline dans les états d'anorexie, de sitiophobie et de dénutrition chez les psychopathes. — MM. TARGOWLA et LAMACHE ont étudié l'action de l'insuline sur l'amaigrissement des aliénés et des névropathes causé soit par un trouble indéterminé des échanges, soit par l'anorexie, soit par le refus d'aliments (en particulier dans les syndromes mélancoliques). Ils ont noté le retour de l'appétit et une augmentation de poids et ils signalent l'intérêt d'une telle constatation au point de vue de ses applications au traitement des affections neuro-psychiques.

Hallucinose (syndrome d'automatisme mental), syphilis héréditaire et alcoolisme. — MM. TARGOWSLA et LAMACHE présentent une malade de 43 ans, atteinte d'un syndrome hallucinatoire exclusivement auditif, sans délire associé, réalisant le noyau basal du syndrome d'automatisme mental décrit par M. de Clérambault. Cette malade a présenté dans son jeune âge, outre des troubles de croissance, de l'énurésie nocturne; elle a des lésions de kératite interstitielle diffuse, de chorio-rétinite périphérique et un signe d'Argyll-Robertson; le liquide C. R. est normal, le B.-W. du sang positif. D'autre part on trouve des signes d'alcoolisme et de polynévrite. L'intérêt de ce cas serait dans le rapport étiologique possible entre le syndrome d'automatisme et l'hérédo-syphilis.

M. DELMAS attribue un rôle plus important à l'alcoolisme et il rappelle les cas qu'il a publiés de psychose hallucinatoire chronique d'origine alcoolique et succédant à un ou plusieurs accès subaigus.

André CEILLIER.

**Société belge de médecine mentale**

Séance du 25 Septembre

tenue à la Ferme-Ecole pour enfants anormaux de Waterloo

Sous la présidence du D<sup>r</sup> BOULENGER

Le président, qui est médecin-directeur de la Ferme-Ecole pour enfants anormaux, remercie la société qui a choisi cette fois l'établissement pour y tenir sa réunion. Il insiste sur l'importance que présente le milieu pour l'éducation des enfants et cela d'autant plus qu'ils sont plus déshérités par la nature. C'est pourquoi la province de Brabant et les organisateurs de l'œuvre se sont efforcés de rendre la Ferme-Ecole aussi agréable d'aspect que possible malgré la simplicité des moyens. En terminant il insiste sur l'intérêt que présente le dépistage précoce des enfants anormaux.

Prof. A. LEY (*de Bruxelles*). — Les troubles humoraux et la psychose maniaco-dépressive.

Les troubles qui accompagnent les psychoses, notamment les crises anxieuses et les crises maniaques, sont de plus en plus décrites comme des phénomènes de choc que précéderait une crise hémoclasique. On pourrait croire que les phénomènes humoraux retentissent toujours fortement sur l'évolution et la nature de ces crises. Or, l'auteur rapporte le cas d'un malade qui fit en 1914 une crise d'anxiété et de mélancolie avec petites auto-accusations puériles qui guérit après quelques mois. Aucun phénomène humoral spécial n'avait été constaté ni du côté de l'urine, ni du côté du sang. Il n'existait ni artério-sclérose, ni alcoolisme. Son hérédité était indemne. Or, en 1926, douze ans après la première crise, une nouvelle période anxieuse survint, déclanchée apparemment par la perte de sa situation. Les symptômes étaient identiques à ceux du premier accès. Mais cette fois des troubles humoraux très graves existent. On constate de l'artério-sclérose, une quantité exagérée d'urée dans le sang, de l'hypertension, de la glycosurie. L'observation comparée des deux crises montre pourtant que cet état humoral n'a en réalité aucune influence sur les symptômes psychiques, comme on serait tenté à première

vue de l'admettre si on n'avait sous les yeux que la symptomatologie du deuxième accès.

Il semble donc bien que tous les états maniaco-dépressifs ne soient pas dus à un choc humoral et que certains sont conditionnés par l'activité du neurone lui-même. Mais la nature et même l'existence de cette hormone cérébrale sont encore purement hypothétiques.

M. VERVAECK (*de Bruxelles*). — Causes d'exemption du service militaire pour maladies mentales et nerveuses.

L'auteur rend compte des travaux de la commission qui s'est réunie précédemment afin d'élaborer les divers tableaux contenant les causes d'exemption pour maladies mentales et nerveuses qui devront figurer dans le prochain projet de loi. La société adopte un vœu présenté par le D<sup>r</sup> De Craène au nom du bureau de la Ligue Nationale belge d'Hygiène mentale et tendant à l'institution de centres de triage et d'observation bien organisés, placés sous la direction de médecins spécialisés en psychiatrie.

Prof. A. LEY (*de Bruxelles*). — Sur l'organisation des cours d'infirmières pour maladies mentales et nerveuses.

D'après l'auteur il faudrait rétablir l'examen spécial et le diplôme d'infirmière pour maladies nerveuses et mentales. Il est inutile d'attendre plus longtemps que les milieux officiels aient pris une décision à cet égard, un diplôme délivré par des médecins spécialisés aura en lui-même une valeur suffisante.

M. R. LEY (*de Bruxelles*) propose à la société d'organiser un service de renseignements concernant les malades inoculés de malaria. De cette façon on sera toujours au courant de l'endroit où se trouvent des malariques en évolution et la source ne risquera pas d'être tarie.

G. VERMEYLEN.

---

# RÉUNIONS ET CONGRÈS

---

## LA VII<sup>e</sup> RÉUNION NEUROLOGIQUE

---

Comme les précédentes, la VII<sup>e</sup> Réunion Neurologique a eu le plus grand succès. Le sujet unique à l'ordre du jour était : « Les moyens d'exploration clinique du système sympathique. » André-Thomas a étudié la valeur de ces moyens d'exploration, dans les affections organiques du système nerveux, en un copieux rapport d'une clarté, d'une précision, d'une documentation parfaites. O. Söderbergh était chargé d'exposer les moyens d'exploration du sympathique viscéral ce qui l'a conduit à l'étude critique des épreuves pharmacologiques et des épreuves d'ordre physiologique (R. O. C., réflexe coeliaque, etc.). C'était la partie délicate. Le rapporteur a su condenser les innombrables travaux contemporains souvent contradictoires ; désireux de calmer des enthousiasmes qu'il trouve excessifs il nous a semblé un peu sévère.

Nous n'avons pas l'intention de résumer ici rapports et communications ; ce serait impossible. Nous ne pouvons que recommander aux aliénistes de lire le tout *in extenso* dans la *Revue Neurologique*. Nous essayons simplement de mettre en lumière ce qui peut intéresser les psychiatres.

Citons en particulier les recherches de Maier et de Rothlin sur l'ergotamine, médicament inhibiteur du sympathique ; le seul qui manquait dans la série pharmacologique.

Santenoise a apporté d'intéressantes précisions sur la vagotonie. Pour lui le pancréas sécrète une hormone qui excite le vague. Ainsi le pancréas serait au pneumogastrique ce que les surrénales sont au sympathique. Le pneumogastrique à son tour exerce une influence excitante sur la thyroïde et lui fait sécréter une substance qui sensibilise l'organisme à l'action de la peptone et des poisons en général. Spécialement cette substance thyroïdienne contribue à

fixer les poisons sur le système nerveux ; ainsi le tonus du vague intervient sur la nutrition des cellules corticales.

Sans insister davantage sur les communications particulières, nous pouvons dire que dans l'ensemble, de l'aveu de tous les auteurs, l'étude du système végétatif ne permet plus de conserver le point de vue schématique initial. Les vagotoniques purs, les sympathicotoniques purs qu'on opposait en deux tableaux contrastés constituent de très rares exceptions. Santenaise et J. de Manary décrivent à côté du type normal : le type végétatif *instable* où la prédominance des réactions d'un système devient intense de façon passagère ; le type *hyperexcitable* où les deux systèmes végétatifs réagissent vivement quelquefois de façon paradoxale ; le type *hypoexcitable* où le système végétatif réagit peu ou pas. Dans le même ordre d'idées, beaucoup d'auteurs, (Laignel-Lavastine), ont insisté sur l'amphotropisme des agents chimiques et aussi sur la réaction dite en mosaïque qui consiste en des réactions végétatives différentes suivant les régions du corps, par exemple « des syndromes d'excitation ou d'inhibition du sympathique cervical contrastant avec un état normal ou même un tonus inverse du sympathique pour le tronc et les membres (Tinel) ».

On est loin de la conception simpliste et dichotomique d'Eppinger et Hess et même pour les moins sceptiques comme Tinel la détermination du tonus général ortho ou parasympathique ne peut fournir que la notion d'une *tendance générale* dans l'activité du système régulateur. Ce n'est pas très différent de la conclusion de Söderbergh : « Ces épreuves ne permettent à cette heure ni classifications générales ni règles bien sûres concernant le diagnostic et le pronostic. »

On sent que le système végétatif joue un rôle capital, mais ce rôle est complexe, variable, obscur. Les neurologistes habitués aux schémas infailibles, aux localisations d'une précision rigoureuse sont un peu déroutés surtout pour l'étude du sympathique viscéral. Et cependant, selon l'expression de Söderbergh : c'est « le sous-sol de toute notre vie soit qu'on l'envisage du côté psychique, soit qu'on la considère du côté somatique. » Jusqu'à ces dernières années, le triomphe de la neurologie consistait en la discrimination des troubles dits organiques de ceux dits fonctionnels. Ce *fonctionnel* du reste n'a jamais été bien défini. Il désigne les symptômes qui ne résultent pas d'une grosse lésion définitive, qui peuvent disparaître rapidement en par-

ticulier sous l'influence de facteurs dits psychiques. Mais, sous peine de tomber dans le dualisme, il faut bien concéder que ce fonctionnel provient comme l'organique de modifications matérielles. Avec la description des phénomènes physiopathiques, Babinski et Froment ont forcé les neurologistes à accepter l'existence de phénomènes organiques moins précis, plus instables, plus solidaires de l'aspect mental de l'homme vivant que les phénomènes organiques des hémorragies ou des foyers de ramollissement. Tous les troubles d'ordre végétatif ont des caractéristiques analogues et le moment est venu de se demander, avec la prudence qui convient, si la plupart des symptômes appelés hystériques ou névrosiques, certaines paralysies, les algies, les modifications vaso-motrices ne sont pas d'ordre végétatif. Nous avons entendu avec plaisir Barré prononcer ces mots. « Enfin je crois qu'il y aurait grand intérêt à observer tout spécialement les phénomènes sympathiques chez les hystériques ou pithiatiques. J'ai l'impression qu'ils ont d'ordinaire une intensité très grande, si l'on admet que, en dehors de ce qu'on observe extérieurement, des modifications vaso-motrices violentes et brusques du même type se font aussi dans la profondeur des centres nerveux, on pourra trouver une explication facile et physiologique à un grand nombre des troubles physiques et des caractéristiques psychiques des hystériques. »

Ces considérations nous conduisent à l'importance du facteur végétatif dans les troubles mentaux que Claude et son école ont contribué à mettre en lumière. Sans insister sur la vagotonie des épileptiques avant la crise ou la vagotonie des maniaques au début et au cours de l'accès, qui sont des notions connues maintenant de tous, nous rappellerons une communication de Tinel sur la distinction entre le syndrome de Basedow légitime avec amphotonie et les syndromes sympathicotoniques émotionnels s'accompagnant de tachycardie et de tremblement. De même Tinel distingue l'anxiété pure avec grande vagotonie, qui évolue sans tachycardie, sans tremblement, sans agitation, sans énervement, de la fausse anxiété ou névrose hyperémotive avec sympathicotonie. Nous restons sceptique sur cette distinction; nos anxieuses les plus typiques étaient sympathicotoniques; ni dans la vagotonie, ni dans la sympathicotonie anxieuses nous n'avons obtenu d'amélioration avec les médicaments classiques du système végétatif alors que dans tous les cas l'opium est excellent.



Pour la démence précoce, la plupart des travaux sont concordants ; les D. P. ont d'ordinaire de l'inexcitabilité végétative ; ils supportent sans réaction des doses élevées d'adrénaline et autres médicaments végétatifs ; ils n'ont ni R. O. C., ni R. S. (en général, il y a des exceptions surtout au début de la maladie ce qui diminue la valeur diagnostique de cette particularité). Le seul agent auquel les D. P. soient assez sensibles est la cocaïne. Une injection de cocaïne peut suspendre pendant quelque temps la stupeur catatonique, ce signe est encore peu connu en France.

L'inexcitabilité végétative des D. P. cadre bien avec les constatations histologiques de Dide. Cet auteur a étudié dans la D. P. les cellules sympathiques ganglionnaires médullaires et mésocéphaliques dont il projette de remarquables microphotographies. Par la méthode de Bielschowsky il montre qu'au début de la maladie ces cellules présentent un épaississement parfois considérable des prolongements qui peuvent prendre un aspect éléphantiasique. A mesure que la maladie évolue, ces prolongements se ratatinent et finissent par devenir filiformes. Les cellules satellites prolifèrent activement autour des cellules ganglionnaires sympathiques. Le corps cellulaire lui-même montre une augmentation des espaces de Nelis, une prolifération de grosses granulations lipoides et finalement un aspect mousseux squelettique.

Qu'y a-t-il de positif et d'absolument certain dans tous ces travaux qui se confirment vaguement, diront les esprits prudents ? Ce qu'il y a, c'est que nous avons connu une période de stagnation, où restant dans le domaine de la pure description clinique la psychiatrie semblait terminée et que maintenant avec les tendances biologiques contemporaines nous avons l'impression qu'elle va recevoir une impulsion nouvelle.

P. GUIRAUD.

# VARIÉTÉS

---

## SOCIÉTÉ SUISSE DE PSYCHIATRIE

La 70<sup>e</sup> réunion de la Société Suisse de Psychiatrie aura lieu les 27-28 novembre à Zurich, sous la présidence de M. le Docteur L. BINSWANGER. Rapport sur « *la Suggestion* ». Rapporteurs : MM. O. FOREL (Nyon), P. JANET (Paris) et E. STRAUS (Berlin).

Première séance : samedi 27 nov., à 15 h. précises, à l'auditoire 119 de l'Université. Discours d'ouverture du président.

Rapports : 1. Prof. P. JANET (Paris) : *Etudes sur la croyance et la transmission sociale de la croyance.*

2. P. D. D<sup>r</sup> O.-L. FOREL (Nyon) : *La suggestion.*

Communications : 1. Dir. D<sup>r</sup> REPOND (Malévoz) : *La suggestion dans les établissements d'aliénés.* — 2. P. D. Dir. D<sup>r</sup> M. TRAMER (Soleure) : *Suggestive Momente in der Arbeitstherapie.* — 3. D<sup>r</sup> A. MADER (Zurich) : *La suggestion comme dynamisme dans la psychothérapie.* — 4. D<sup>r</sup> E. BLUM (Berne) : *Suggestion und Psychoanalyse.* — 5. D<sup>r</sup> K. GRÆTER (Bâle) : *Über Autohypnose und Künstlertum* (avec projections).

Deuxième séance : dimanche 28 nov., à 9 h., à l'Hôtel Elite.

Rapport : D<sup>r</sup> E. STRAUS (Berlin) : *Über Suggestion.*

Communications : 1. Prof. HÆBERLIN (Bâle) : *Suggestion.* — 2. Mme D<sup>r</sup> V. STRASSER (Zurich) : *Suggestion.* — 3. Prof. D<sup>r</sup> C. LADAME et P. D. D<sup>r</sup> H. FLOURNOY (Genève) : *Suggestion et contagion mentale.*

Séance administrative : 1. Dir. SCHILLER (Wil) : *Ergebniss der Beratungen mit dem Kartell über das Prüfungsreglement des Wärtpersonals.* — 2. Mme D<sup>r</sup> L. MORAWITZ (Lausanne) : *Zur sogenannten Heimschaffung* (ein Vorschlag).

## MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'HYGIÈNE

Un poste de Médecin-Chef de Service est actuellement vacant à l'Asile Public d'aliénés de Fains (Meuse) par suite du départ de M. le Docteur Adam, nommé Médecin-Directeur de l'Asile Privé d'aliénés faisant fonctions d'asile public de St-Georges, à Bourg (Ain).

Un poste de Médecin-Chef de Service à l'Asile Public d'aliénés de Vaublaire (Dordogne), par suite du départ de M. le Dr Frey, nommé à Stéphanfeld.

Un poste de Médecin-Chef de Service à l'Asile Public d'aliénés de Naugeat (Haute-Vienne), en remplacement de M. le Dr Guiard, nommé à l'Asile de Clermont (Oise), où il succède au Dr Thibaud, admis à la retraite.

Le poste de Directeur-Médecin de l'Asile Public d'aliénés de Sarreguemines (Moselle), par suite du départ de M. le Dr Mezie.

En ce qui concerne ce dernier emploi, les candidats doivent, aux termes des règlements en vigueur, justifier de leur connaissance de la langue allemande.

M. le Dr Le Grand est nommé Médecin-Chef de Service de l'Asile de Fains (Meuse).

M. le Dr Dedieu-Anglade est nommé Médecin-Chef de Service à l'Asile Public d'aliénés de Breuty-la-Couronne (Charente), en remplacement de M. le Dr Jourdran.

## NÉCROLOGIE

## Le Professeur Emile KRÄPELIN

Nous avons le regret d'apprendre la mort du Professeur Kræpelin, décédé à Munich, le 7 octobre 1926, à l'âge de 70 ans. Les *Annales* publieront prochainement une étude où sera analysée l'œuvre du célèbre aliéniste allemand.

## Sir Frederick W. Mott

Nos collègues anglais et le monde de la neuro-psychiatrie où il était universellement connu, ont été douloureusement affectés par la mort de Sir Frederick Mott, survenue le 8 juin 1926. Né à Brighton en 1854, après avoir fait ses études médicales à University College Hospital, Mott

avait séjourné à Vienne et avait ensuite été nommé professeur assistant de physiologie, d'abord à Liverpool, ensuite à l'école du Charing Cross Hospital. Médecin assistant de cet hôpital en 1891, il en était médecin titulaire en 1894. En 1895, il devint chef du service d'anatomie pathologique des Asiles du Comté de Londres et directeur du laboratoire central de l'Asile de Claybury, poste qu'il garda jusqu'à sa retraite en 1923, époque à laquelle il fut nommé directeur honoraire du laboratoire d'anatomie pathologique des hôpitaux psychiatriques de la ville de Birmingham. Ancien président de l'Association royale médico-psychologique, Mott a publié de très nombreux travaux, entre autres sur la paralysie générale, la démence précoce, les commotionnés de guerre, la dysenterie dans les Asiles, etc., etc. Un grand nombre de ces travaux ont paru avec ceux de ses élèves dans les *Archives of Neurology* qu'il avait fondées.

Nous avons l'honneur de connaître Sir Frederick Mott depuis 1898 et nous ne saurions oublier la franchise de son accueil, la bienveillance et la simplicité qui faisaient le fond de son caractère.

H. C.

---

*Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.*

# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

## L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

---

### Chronique

---

AU CANADA FRANÇAIS

---



### *Le Congrès de Montréal (21-24 septembre 1926)*

---

Vous le savez qu'il est, par delà les mers, un lointain pays que sa forêt immense suspend aux glaces polaires et dont les étendues qui paraissent sans limites sont baignées par deux océans. Qui pourrait avoir oublié les prodiges d'héroïsme malheureux accomplis là-bas par nos aïeux sous les plis du drapeau fleurdelisé ! Ces récits merveilleux figuraient dans tous les livres d'Histoire destinés naguère à nous enseigner le passé et à former notre esprit. Et puis, le Traité de Paris..... et le silence !

Oui, vous avez lu le récit touchant de Louis Hémon. Vous avez senti le charme attachant fait de droiture, de patiente énergie, de simplicité, de

Maria Chapdelaine et des siens, la mélancolie du grand silence blanc, l'attirance du bois profond où les fruits sauvages abondent et que l'érable rougit à l'automne, la fascination de l'eau limpide partout répandue, lacs poissonneux et rivières géantes, miroirs ou cascades qui furent les grandes routes de l'explorateur et du colon. Vous avez deviné l'inépuisable richesse des plaines conquises sur la forêt au prix de tant de souffrances. Et vous avez un moment pensé en refermant le livre : Ces gens capables de tels efforts sont-ils vraiment de notre race ?

Puis, vous avez vu venir dans nos Universités des jeunes gens qui ressemblent aux nôtres comme des frères et dont l'aspect studieux et bon enfant vous a aussitôt séduit. Mais vous avez trouvé tout naturel que ceux-là, comme tant d'autres, viennent chez vous compléter leurs études.

Ceux d'entre vous, pourtant, qui se lièrent avec eux, entendirent des choses étonnantes, si belles qu'ils ne purent se les représenter. On leur dit qu'au pays de Québec, tels des fils éloignés d'une mère chérie, tous gardent au cœur le souvenir de la France, que la douce province ne tient pas en entier dans le livre de Louis Hémon, fresque symbolique mais fragmentaire, que des années ont passé laissant sur les rives majestueuses et distantes du Saint-Laurent des villes Canadiennes-françaises, des Institutions Canadiennes-françaises, des Universités Canadiennes-françaises dont les lueurs toujours plus vives affirment en terre d'Amérique l'éclat de la pensée française. J'étais de ceux qui savaient.

Je ne savais rien. Comment se représenter un tel miracle de la fidélité ? Quel esprit peut donc concevoir que 60.000 Français, vaincus et sans ressources, isolés depuis 1760 de la patrie lointaine et peut-être oublieuse, terrassés après une lutte héroïque et sans espoir par un conquérant puissant et maître des mers, anéantis par la maladie et par l'âpreté d'un climat rude dans lequel des étés courts et brûlants alternent avec de longs hivers rigoureux, aient su triompher de l'hostilité des hommes et des choses !

Pourtant, ils sont aujourd'hui cinq millions. Du Québec, ils essaient dans les autres provinces du Canada et jusque dans les Etats-Unis, groupés par paroisses où la langue et l'Eglise constituent un lien qui jamais ne se desserra.

Pour un Français, quel rêve que d'atterrir là ! Depuis huit jours, l'Europe s'est éloignée des yeux. La monotonie lassante d'un encasernement étroit dans un horizon sans bornes va prendre fin. A la joie de l'arrivée, se mélange une légère appréhension à peine consciente de l'inconnu. Et la première surprise c'est de se retrouver chez soi.

Assurément, le voyageur n'aperçoit rien qui ressemble aux côtes d'Europe. Un étonnement l'attend, celui de dimensions auxquelles ne sont habitués ni ses sens ni son esprit. Ce n'est pas ainsi qu'il se représentait le golfe, le fleuve, les lacs innombrables dont certains sont de véritables mers intérieures, les rivières plus grandes qu'aucun fleuve d'Europe, les plaines, la forêt. Il imaginait tout cela plus petit, beaucoup plus petit. Nouveau Gulliver, c'est très heureux pour lui d'être obligé dès l'arrivée de modifier l'échelle à laquelle il

devra tout voir. Car ici, l'œuvre des hommes est à l'échelle de la nature. Il faut s'y adapter d'emblée. A cette adaptation serviront le passage d'un paquebot de 16.000 tonnes, sans abaisser un mât ni une cheminée, sous l'arche harmonieuse et hardie du pont de Québec, la montée aussi de ces paquebots océaniques au port de Montréal, à 1.500 kilomètres dans les terres. N'avais-je pas raison de dire que l'œuvre des hommes est à l'échelle de la nature ?

En dépit de l'espace, malgré ces dimensions gigantesques, rien ici n'est écrasant. La majesté de la nature n'en exclut pas le charme. C'est par ce charme qu'on est pris. Les rives du fleuve, vers lesquelles descendaient jadis d'épaisses forêts peuplées par le Huron, l'Iroquois ou l'Algonquin, sont maintenant émaillées de clochers argentés sur lesquels le coq gaulois dresse sa fière silhouette. Alentour se groupent des bourgs riants et pleins de vie dont les noms français jettent dans l'oreille des sonorités joyeuses. A côté d'habitations coquettes et pimpantes que le bois du pays revêt de fraîches couleurs, d'autres maisons — qui datent « des Français » *et qui sont de pierre*, — évoquent nos chaumières Normandes.

Sur les boutiques des noms familiers rappellent ceux d'amis très chers, compagnons de jeux ou d'étude. Sur les routes, pour attirer l'attention du passant, un marchand ambulant arbore au-dessus de son éventaire le drapeau tricolore, parfois, mais parfois seulement, accompagné de l'Union Jack. N'en doutez pas, l'impression est profonde. Pour celui qui passa son enfance dans les campagnes de notre Normandie, c'est tout le passé qui surgit à l'esprit et au cœur.



Un brouillard cache à ses yeux les figures si sympathiquement françaises qui l'entourent, et ses oreilles n'entendent plus que comme une musique indistincte le doux parler savoureux de nos provinces. Les effluves odorantes qui montent du sol où la moisson s'achève, la douce pression de mains amies, hier inconnues, tout contribue à un étrange mirage, si vif qu'un doute vient à l'esprit. Mais, ce n'est pas un rêve : 5.000 kilomètres parcourus sont là pour l'attester.

Quelle est donc cette terre inconnue et déjà familière ? Quels sont donc ces gens qui n'ont pas su oublier ?

Ce ne sont pas des rêveurs. Non, ce sont des hommes d'action. Dans leur malheur, si grand qu'on ne peut imaginer rien de plus terrible que leur dénuement, de plus redoutable que leur abandon dans ces solitudes naguère aussi inhospitalières qu'ils les ont rendues avenantes, alors qu'entourés d'ennemis de toutes couleurs ils devaient d'abord lutter pour leur vie et pour leur nourriture, ils ne se sont pas repliés sur eux-mêmes, résignés à tout.

D'une race qui ne veut pas mourir, ils ont lutté et ils ont vaincu. Ils ont vaincu la mort qui les guettait ; ils ont vaincu la misère qui les tenaillait ; ils ont vaincu la nature qu'ils ont domptée ; ils ont vaincu leurs vainqueurs en se faisant parmi eux une place toujours plus grande et toujours plus haute ; ils ont vaincu jusqu'à l'ignorance qui les menaçait.

L'ignorance les menaçait parce que s'ils voulaient savoir, ils ne voulaient savoir que dans leur langue.

Et, sans aucune relation avec la mère-patrie dont aucun navire ne vint pendant bien longtemps montrer les couleurs à l'estuaire du fleuve, c'est presque sans livres qu'ils organisèrent leurs premières écoles. Que de chemin parcouru depuis lors ! Devant les résultats obtenus on est saisi d'admiration et de respect.

Des villes modernes et prospères ont jailli du sol. Fidèle à ses armes, Québec « se souvient ». Accroupie au pied de sa citadelle, gardienne vigilante de l'esprit français, elle veille à la porte du fleuve par où il pénétra. Siège du Gouvernement de la Province, siège aussi de l'Université Laval, la première Université Française née en Amérique, Québec a du diamant l'éclat et la pureté. Ser-tie entre les eaux majestueuses du « fleuve sans fin » et la sinuosité bleue des Laurentides, la Ville où s'entrecroisent toutes les races garde jalousement la sienne et regarde fièrement par dessus l'île d'Orléans vers l'Océan lointain.

Montréal, naguère poste d'avant-garde sur un sol fécondé par le sang de nos pères, est maintenant une ville de plus d'un million d'habitants. Sa prospérité prodigieuse la fait croître d'année en année. Elle pourrait être enviée par bien des capitales Européennes. Par le nombre, elle est ou sera bientôt la deuxième ville de langue française. Son port, à l'intérieur des terres, bloqué par les glaces pendant quatre mois de l'année, est le deuxième de l'Amérique. Doté d'une installation unique, il est sans égal au monde pour le transport du grain. Comme celle de Québec, l'Université Canadienne-française de Montréal brille d'un éclat toujours plus vif. Semblable à la croix

lumineuse que le soir allume au sommet du Mont-Royal, elle rayonne sur le continent, sentinelle avancée de la pensée française.

Dans un site magnifique, Trois-Rivières, ville presque exclusivement française, étale ses pulperies et transforme en papier les arbres venus du nord au fil de l'eau. Fondée en 1634, elle est, par ancienneté, la seconde ville du Canada.

Mais il faudrait en citer tant d'autres, si je voulais seulement énumérer les manifestations multiples de la vitalité d'une race dont l'effort méthodique et réalisateur a su embrasser tous les domaines.

Donc, à Montréal, les 21, 22, 23 et 24 septembre 1926, se tenait, sous la présidence du Professeur Albert Le Sage, le 9<sup>e</sup> *Congrès de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord*. Suivant la tradition, les organisateurs avaient invité les Universités et les Sociétés médicales françaises à se faire représenter. Ayant à sa tête le Professeur Marcel Labbé, la délégation comprenait le professeur Léon Bernard, les professeurs agrégés Clerc et Grégoire, les Docteurs Ameuille, Marcel Pinard, Moulonguet, Rist et Francis Bordet. Notre collègue, le D<sup>r</sup> Logre, en qualité de collaborateur du Journal « Le Temps » avait été invité par le Journal « La Presse », de Montréal, dont il fut l'hôte, à représenter la Presse française. De Suisse étaient venus le Professeur Demiéville, de Lausanne, et le D<sup>r</sup> Jacquerod, de Leysin.

Le Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française auquel la province de Québec veut bien, chaque année, se

faire officiellement représenter, avait été invité en termes particulièrement aimables à se faire également représenter au Congrès de langue française de Montréal. L'identité de ces deux groupements scientifiques est manifeste. Tous deux, bien que comportant une large participation internationale, utilisent exclusivement la langue française, estimant que dans des réunions médicales la multiplicité des langues est un obstacle à la discussion et à l'interpénétration des idées. Le Comité permanent, mis en présence de cette invitation, décida qu'elle devait être acceptée. Et aucun de ses membres ne se proposant pour faire ce voyage, l'Assemblée générale demanda à son secrétaire permanent d'aller représenter à Montréal notre Congrès. C'est dans ces conditions, après quelques hésitations que tous comprendront, que je partis pour le Canada, chargé par M. le Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociales de la mission d'assister aux travaux du Congrès de Montréal.

En tous points, l'organisation du Congrès fut un modèle. La séance solennelle d'ouverture, les séances de travail, séances plénières et séances des diverses sections, les lunchs, le banquet, la soirée du Congrès, tout eut lieu à l'hôtel Windsor où se tenait le Secrétariat du Congrès et où logeaient les délégués étrangers. Cette façon de faire nécessite naturellement un hôtel merveilleusement agencé, pourvu de tout, parfaitement administré. Elle est d'une grande commodité et permet de gagner beaucoup de temps. Seules, les matinées se passaient dans les hôpitaux de Montréal.

La *séance inaugurale* eut lieu devant une salle comble, sous la présidence de l'Honorable L.-Athanase David, secrétaire provincial. Ce fut lui qui, au nom du Gouvernement de la province de Québec, déclara ouverte la 9<sup>e</sup> session du Congrès. Par le prestige de sa parole éloquente et les succès de son esprit réalisateur, l'Honorable L.-Athanase David dont les attributions sont celles de Ministre de l'hygiène et des beaux-arts a rendu les plus grands services à la science médicale et au Congrès des<sup>e</sup> médecins de langue française de l'Amérique du Nord. Les médecins français qui assistèrent au Congrès de Montréal lui seront toujours reconnaissants de l'accueil qu'il leur fit.

A ses côtés avaient pris place l'Honorable sénateur D<sup>r</sup> H.-S. Beland, ancien ministre, représentant le Gouvernement d'Ottawa, S. G. Monseigneur A. Deschamps, évêque auxiliaire de Montréal, représentant le chancelier Mgr Gauthier retenu à Québec par la réunion du Conseil de l'Instruction publique, le baron de Vitrolles, consul général de France, Mgr Piette, recteur de l'Université de Montréal, le Professeur L. de Lotbinière Harwood, l'éminent Doyen de la Faculté de Médecine, un grand nombre de personnalités locales et les présidents des diverses délégations.

Le Professeur Albert Le Sage, qui joint à son autorité scientifique et à ses qualités d'affabilité et de tact le charme d'une parole élégante, prononça un discours d'ouverture très applaudi. Il était secondé dans ses fonctions présidentielles par le Professeur P.-C. Dagneau, de Québec, qui présidera le 10<sup>e</sup> Congrès et par les D<sup>rs</sup> A.-D. Collin (de

Winnipeg) et Osw. Maynard (de Nashua), vice-présidents.

A la fin de la séance d'ouverture, après les allocutions prononcées par les autorités et par les délégués, le Professeur E.-P. Benoît, de Montréal, prononça un remarquable éloge de Laënnec.

Le Professeur Gustave Archambault, de Montréal, assumait la redoutable tâche de secrétaire général. Activement secondé par le professeur agrégé Roméo Boucher, il le fit avec un plein succès. Son rapport annuel, dans lequel il insista tout particulièrement sur les relations toujours plus intimes entre médecins de France et du Canada est un modèle. La trésorerie du Congrès était entre les mains du Dr Hector Aubry qui sut administrer avec un calme souriant un budget dont les chiffres donneraient le vertige aux trésoriers de nos réunions médicales européennes.

Ce qu'il est tout à fait impossible de décrire, c'est l'hospitalité canadienne pendant et en marge du Congrès. Les délégués français sont particulièrement reconnaissants à leurs hôtes de l'affection familiale avec laquelle ils ont été reçus. Je m'en voudrais de citer ici des noms. Trop nombreux sont ceux qu'il faudrait mentionner.

A côté du bureau, et sous sa direction, fonctionnaient divers comités d'organisation : le comité des dames (Mmes Clerc, Jacquerod et Logre avaient accompagné la délégation française et la délégation suisse), le comité de réception, le comité des transports, le comité de publicité. La partie scientifique, elle-même, était répartie en diverses sections : médecine, chirurgie, spécialités de la tête, intérêts professionnels, hygiène sociale.

C'est à cette section d'hygiène sociale, présidée par le D<sup>r</sup> Beaudouin de Montréal qu'était rattachée la psychiatrie. La *séance de psychiatrie* eut lieu à l'hôtel Windsor le 22 septembre 1926 à deux heures de l'après-midi devant une assistance très nombreuse dans laquelle prirent place non seulement des médecins, mais des religieuses, des infirmières et des dames visiteuses. Le Professeur Arthur Rousseau, Doyen, et le Professeur Arthur Vallée, secrétaire, de la Faculté de Médecine de l'Université Laval de Québec, voulurent bien l'honorer de leur présence.

Le D<sup>r</sup> J.-A. Beaudouin, de Montréal, président de la section, eut la délicate pensée d'inviter les psychiatres français présents à prendre place au bureau avec le D<sup>r</sup> A. Tétreault, professeur de psychiatrie à l'Université de Montréal. J'eus l'honneur de présider la séance et, après une courte allocution, le plaisir de donner d'abord la parole à notre très distingué collègue, le *Professeur Albert Brousseau*, qui, depuis le mois de février 1924, enseigne à Québec avec un succès très mérité la neurologie et la psychiatrie. Il exposa les idées directrices qui présidèrent à la fondation de la *Clinique Roy-Rousseau* récemment achevée et dont il vient de prendre la direction. Remarquable par son organisation scientifique autant que par son installation matérielle, la Clinique porte les noms de S. G. Mgr Roy, recteur de l'Université Laval et du Professeur A. Rousseau, l'éminent doyen de la Faculté de Médecine. Pourvue de 250 lits et de laboratoires auxquels il ne manque rien, elle est destinée à traiter en cure libre les troubles neuro-

psychiques légers ou transitoirement aigus qui ne nécessitent pas l'internement. C'est l'installation la plus moderne et la plus confortable qui se puisse rêver. Sous la direction du Professeur Alb. Brousseau, assisté de deux très distingués chefs de laboratoire venus de France, le Dr Berger et le Dr Paulin, ce nouvel établissement des sœurs de la Charité de Québec constitue pour ces dernières une installation thérapeutique au courant des derniers perfectionnements et, pour l'Université de Québec, le centre d'enseignement neuro-psychiatrique le plus complet. La Clinique Roy-Rousseau, que nous avons admirée, fait grand honneur à la province de Québec.

M<sup>e</sup> Lucien Gendron, avocat au barreau de Montréal, fit ensuite, en termes excellents, un exposé plein de talent des *rapports de la psychiatrie et de la criminologie*. Il insista en terminant sur la nécessité de la collaboration des avocats et des médecins spécialisés pour les modifications nécessaires de la législation criminelle. Une discussion à laquelle prirent part MM. Devlin, Gendron et René Charpentier suivit cet exposé.

La parole fut ensuite donnée à M. l'abbé Omer Fleury, de Montréal, licencié ès lettres de l'Université de Paris, et qui fut à l'Infirmerie Spéciale de la Préfecture de Police l'élève de notre collègue G. de Clérambault. M. l'abbé Fleury présenta une étude d'ensemble très appréciée sur *La psychophysiologie ; sa contribution au progrès humain*, étude de généralités dans laquelle l'auteur montre qu'il est au courant des travaux les plus récents de la psychologie expérimentale et de la bio-psychia-



trie. Il insista pour terminer sur l'importance des tests pour l'appréciation du capital humain, le classement des valeurs, sur l'importance aussi de l'éducation et du mariage en matière de prophylaxie.

Une note de *M. Daniel Santenoise*, de Paris, sur *l'importance du système nerveux sympathique dans le déterminisme des troubles mentaux*, fut lue par M. Logre au cours de la discussion de ce travail. Dans cette note, l'auteur rappelle que d'une série de recherches entreprises par lui avec *M. Garrelon* il semble résulter que la vagotonie rend le système nerveux plus sensible aux intoxications, que la vagotonie cause ses effets par l'intermédiaire d'une sécrétion spéciale de la glande thyroïde et que la vagotonie est elle-même commandée par une sécrétion spéciale de la glande pancréatique.

Le *D<sup>r</sup> A. Lussier*, de l'Hôpital St-Jean-de-Dieu, qui a la charge, à Montréal, de la consultation du dispensaire de prophylaxie mentale fit une communication très clairement exposée sur *les services que la psychiatrie peut rendre à l'enseignement primaire* et sur le grand problème de l'éducation et de l'instruction des retardés scolaires, des arriérés et des anormaux. Les cadres d'enseignement seront faciles à trouver dans la province de Québec où les sœurs de la Providence obtiennent à l'Institution des Sourdes et Muettes de Montréal des succès si remarquables avec un enseignement oral parfait. A Québec, près de l'Hôpital Saint-Michel-Archange et de la Clinique Roy-Rousseau, sur le terrain appartenant aux

sœurs de la Charité, un grand hôpital destiné aux enfants arriérés est actuellement en construction.

Le *D<sup>r</sup> Camille Larose* rappela ensuite l'importance étiologique de l'alcoolisme en psychiatrie et le rôle de l'hygiène sociale dans la lutte contre ce fléau. Les dangers de l'alcoolisme ne sauraient être signalés avec trop d'insistance et cette communication parut particulièrement opportune sur cette terre d'Amérique où l'on peut apprécier les résultats divers obtenus par les différentes barrières législatives dressées contre le poison.

Au cours de cette séance furent donc successivement étudiés, en même temps que l'assistance neuro-psychiatrique moderne, les rapports de la psychiatrie avec l'alcoolisme, la criminalité, l'éducation, l'enseignement et le progrès humain en général. C'est dire l'intérêt porté par nos collègues Canadiens-français à toutes les grandes questions à l'ordre du jour de la neuro-psychiatrie.

L'activité neuro-psychiatrique du Congrès ne se borna pas à cette séance. Dans les séances cliniques des hôpitaux eurent lieu des présentations de malades atteints de lésions du système nerveux, en particulier par le *D<sup>r</sup> Emile Legrand*, de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu de Montréal, médecin-légiste de l'Université de Paris.

Le *Professeur Aug. Pettit*, de l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de Médecine, en mission à l'Université de Montréal, fit une communication du plus haut intérêt sur la *Thérapeutique clinique de la poliomyélite et de quelques myélites mal classées*.

Le *Professeur Alb. Brousseau*, à la séance des

Spécialités de la tête, fit un rapport très étudié sur l'interprétation des *états vertigineux* au point de vue neurologique. Signalons encore les communications du *Professeur Théo Bruneau*, de Montréal, sur la *migraine ophthalmique*, du *D<sup>r</sup> P.-E. Bousquet*, de Montréal, sur quatre cas d'*épilepsie provoquée* par des injections pour anesthésie régionale, du *D<sup>r</sup> J.-A. Vaillancourt*, de Québec, sur quelques cas de *tumeur cérébrale*, etc... D'autre part, à la séance d'hygiène de l'enfance, le très distingué *Professeur Raoul Masson*, de Montréal, au cours d'un rapport très documenté sur l'*Œuvre Nationale de l'Enfance en Belgique*, insista avec beaucoup d'à-propos sur l'éducation et la récupération de l'enfance anormale ainsi que sur l'orientation professionnelle.

Il faudrait également signaler les rapports très importants que MM. Marcel Pinard, Stephen Langevin, Gustave Archambault, Albéric Marin, Gaston Lapierre, présentèrent à la séance plénière de *syphiligraphie*. Cette séance eut lieu sous la présidence du *D<sup>r</sup> A.-H. Desloges*, Directeur médical général des Établissements d'Assistance neuropsychiatrique de la Province de Québec, dont nous avons déjà signalé ici l'œuvre si heureusement et si rapidement réalisatrice (1). Partout, à Mastaï, à Longuepointe, à Bordeaux, les travaux sont activement poussés. Des Hôpitaux sortent de terre suivant les conceptions les plus modernes. Et bientôt c'est dans la province de Québec que devront aller prendre modèle ceux qui voudront

---

(1) René CHARPENTIER. — L'Assistance psychiatrique au Canada (*Annales médico-psychologiques*, 1926, février, page 97).

apprendre du Dr Desloges le secret de faire bien et de faire vite.

Tous ces *hôpitaux* sont remarquables par leur tenue et par leur installation. Si les nouveaux, comme l'Hôpital Notre-Dame et l'Hôpital des Incurables, à Montréal, l'Hôpital du Saint-Sacrement et la Clinique Roy-Rousseau, à Québec, sont des exemples d'une installation médicale impeccable dans un cadre que pourraient envier bien des Maisons de Santé, d'autres, plus anciens, tels l'Hôpital Saint-Michel-Archange, à Québec, et l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, à Montréal, se signalent par un aspect irréprochable et par un souci de mise au point qu'attestent des constructions et des aménagements nouveaux. L'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, affecté aux maladies mentales, contient plus de 3.500 malades. Dès 1852, les sœurs de la Providence ouvrirent à la Longue-Pointe, dans la ferme Saint-Isidore, un hospice d'aliénés (1). Ce fut là l'origine modeste de l'Hôpital dont le premier contrat avec le Gouvernement date de 1873. Détruit par le feu le 6 mai 1890, l'asile fut remplacé par l'Hôpital actuel, inauguré en 1901. Un tramway électrique circule dans ses longs corridors et 150 téléphones sont installés dans ses divers services. Les religieuses font actuellement construire un grand bâtiment qui sera tout entier consacré aux laboratoires et possèdera l'installation technique la plus complète. On ne saurait trop louer les dévouées organisatrices toujours prêtes

---

(1) Cf. *Vie de Mère Gamelin*, fondatrice et première supérieure des Sœurs de la Charité de la Providence. Montréal, Eusèbe Sénécal et C<sup>e</sup>, édit., page 164.

à donner à leurs malades les moyens de diagnostic les plus récents et les procédés thérapeutiques les plus nouveaux. On ne saurait trop admirer les résultats obtenus par l'association de l'initiative la plus avertie à la charité la plus généreuse.

Une visite détaillée de cet hôpital est très instructive. Le fonctionnement des services généraux, l'aspect des salles riannes et fleuries, bien aérées, tout contribue à donner aux visiteurs une excellente impression. Peut-être seulement, peut-on regretter la disposition et l'abondance des grilles extérieures qui attristent un peu les façades. Le service médical est sous la direction du Dr F.-E. Devlin, surintendant, assisté du Dr Omer Noël. Comme dans la plupart des hôpitaux canadiens, les dossiers des malades et les feuilles d'observation médicale sont recueillis avec soin, complétés, et leur classification très précise est mise au point par un personnel très compétent (1).

Deux Maisons de Santé privées reçoivent également en cure libre des malades atteints de troubles neuro-psychiques. Le sanatorium Prévost, fondé par le regretté professeur Prévost, est situé à Cartierville, près de Montréal. Il possède un parc

---

(1) En visitant, à l'Hôtel-Dieu de Montréal, le beau Service de Clinique Médicale du Professeur J.-Edmond Dubé, le Professeur Marcel Labbé exprima son admiration pour le fonctionnement du Bureau d'observations de la Clinique et sa surprise de la façon économique dont il est administré. Mis au courant des difficultés qu'ont actuellement les médecins des hôpitaux de Paris d'obtenir de l'Assistance publique, dont les charges sont très lourdes, le matériel nécessaire aux dossiers d'observation médicale, le Professeur Dubé eut l'idée d'intéresser la fondation Rockefeller à ce besoin. Grâce au Dr Desloges, qui voulut bien se faire l'avocat de cette cause auprès du Dr Richard M. Pearce et du Dr Alan Gregg, la Fondation Rockefeller vient de décider de faire un essai dans quelques Cliniques de la Faculté de Paris, à l'occasion de la Commémoration du Centenaire de Laënnec.

magnifique dans un joli site en bordure de la rivière des Prairies. Le sanatorium du D<sup>r</sup> de Blois, à Trois-Rivières, fondé en 1896, présente la particularité inconnue en Europe d'avoir comme annexe une hôtellerie très réputée, connue sous le nom de Château de Blois, et de posséder plusieurs sources d'eaux minérales radio-actives.

Au cours des visites dans les hôpitaux, de nombreuses conférences furent faites par les délégués. Pour ne parler que de la neuro-psychiatrie, notre collègue Logre fit à Québec, à la clinique Roy-Rousseau, une conférence sur la simulation et, à Montréal, sous les auspices du journal « La Presse » une conférence destinée au grand public sur les Toxicomanies. Sur la demande qui m'en fut faite, je traitai à l'hôpital St-Jean-de-Dieu, de Montréal, du Puérilisme Mental, et j'exposai à Québec, à la clinique Roy-Rousseau, le traitement de la morphinomanie.

Il me faut me borner à ce bref exposé de l'œuvre neuro-psychiatrique du Congrès de Montréal. Combien d'autres travaux virent le jour qu'il est cependant difficile de passer sous silence ; sur le diabète par le professeur Marcel Labbé, sur l'électrocardiographie par le professeur agrégé Clerc, sur le rôle de l'infection dans les ulcères gastro-duodénaux par le professeur agrégé Grégoire, sur la lutte antituberculeuse par les professeurs Léon Bernard et Sergent, les D<sup>rs</sup> Ameuille, Rist, Francis Bordet, les travaux aussi du Professeur Aug. Pettit, des D<sup>rs</sup> Marcel Pinard, Moulonguet. Cette simple énumération montre quelle fut l'importance de la participation française au Congrès de Montréal.

Mais comment, sans les citer tous, donner une idée du nombre et de la valeur des travaux présentés par nos collègues Canadiens-français. C'est ne rien dire que rappeler seulement les noms des Professeurs G. Archambault, J.-A. Beaudouin, E.-P. Benoît, Roméo Boucher, B.-G. Bourgeois, Dagneau, Damien-Masson, Edmond Dubé, Grondin, Albert Le Sage, Raoul Masson, Mercier, A. Rousseau, P.-Z. Rhéaume, T. Parizeau, Arthur Vallée, etc., de l'honorable D<sup>r</sup> H. Beland, des Docteurs Amyot, Albert Bertrand, R. Boulet, P.-E. Bousquet, Collin, A. Deguise, De Martigny, A. Dutilly, W. Derome, Noë Fournier, Gagnon, L. Gérin-Lajoie, L. Guérard, Jarry, A. Knopf, E. Laberge, Langevin, G. Lapierre, Latreille, Stephen Lasalle, Emile Legrand, J. Leduc, A. Léger, Albéric Marin, Normand, Panneton, Léo Pariseau, J.-R. Pépin, P.-A. Robichaud, C.-A. Raymond, L. Roux, J.-N. Roy, Eug.-Saint-Jacques, Sénécal, Simard, Vaillancourt, Charles Vézina.

Il faudrait pouvoir à ces noms en ajouter bien d'autres, relater leurs travaux, relater aussi leur participation si amicale aux banquets, soirées, promenades, invitations multiples auxquels furent conviés les délégués, tant à Montréal qu'à Québec et à Trois-Rivières. Ne tentons pas l'impossible.

Et bien que ce compte rendu soit destiné à commémorer le Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, je ne commettrai pas l'impardonnable oubli de signaler avec quelle courtoisie les délégués français ont été accueillis par les professeurs anglais de l'Université Mac-Gill si justement réputée et, en particulier,

par le très distingué Doyen, le Professeur Martin. Sous la direction du Docteur Mitchell et du Docteur Young, j'ai visité, avec un grand intérêt, le service de neurologie du superbe Royal Victoria Hospital et le dispensaire du Mental Hygiene Committee of Montreal.

A côté du secrétariat du Congrès, deux *expositions* avaient été installées. L'une, véritable régal pour les bibliophiles et pour tous ceux qui s'intéressent à l'Histoire de la Médecine, réunissait 80 vieux livres de médecine, dont certains fort rares, appartenant à la collection du D<sup>r</sup> Léo Pariseau, président de la Société médicale de Montréal. L'autre exposition était consacrée aux produits pharmaceutiques, et à l'instrumentation médico-chirurgicale.

Il me faut m'arrêter ici. Inépuisable serait un tel sujet. Oui, il existe au-delà de l'Océan, des Français que trop longtemps nous avons oubliés et qui sont restés fidèles à leur race. Ils sont allés là il y a 300 ans et ils sont restés. Ils ont fait mieux que nous conserver un territoire, ils nous ont gardé leur âme. L'âme canadienne, aussi vieille que la nôtre, a le même passé et n'en sent pas le poids. Dans ce pays conquis sur la forêt « une race ancienne a retrouvé son adolescence ». Sa maturité est encore toute jeunesse. Aussi est-elle en marche vers un avenir dont sont garants les efforts et les résultats du présent.

Rendant compte de ma mission, je disais récemment: Pour aider nos frères Canadiens, tout ce que nous, Français de France, nous pourrons faire est



bien au-dessous de ce que nous devons faire. De ceux qui ont traversé l'Océan et qui, sur les rives du Saint-Laurent, ont fait une halte qu'ils ont jugée trop courte, j'en sais beaucoup qui conserveront la nostalgie de ces espaces immenses, immenses comme la tâche des hommes qui les ont conquis.

Dans un livre récent que tout Français devrait avoir lu, L.-J. Dalbis a bien raison d'écrire : « Ceux qui, répondant à l'invitation, ont franchi l'Atlantique, diront quel enthousiaste et fraternel accueil ils ont reçu. Sur le sol de la vieille Nouvelle-France bien peu ont résisté à l'émotion née au contact des hommes de bonne volonté, restés obstinément fidèles, et beaucoup ont compris qu'aux entreprises auxquelles on leur demandait de s'intéresser il fallait non pas se prêter mais se donner, et qu'en fin de compte l'essentiel n'était peut-être pas d'apporter toute sa science mais qu'à la tâche commune il fallait nécessairement donner tout son cœur (1) ».

René CHARPENTIER.

---

(1) L.-J. DALBIS. — *Le Bouclier Canadien-Français*, page 56. (G. Déom, édit., Montréal, 1925).

---

# LE DEVINEMENT DE LA PENSÉE ET CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ORIGINE ORGANIQUE DE L'AUTOMATISME MENTAL

Par G. HEUYER (1)

(Fin)

---

## CHAPITRE II. — *Automatisme mental dans l'épilepsie et les tumeurs cérébrales*

Les hallucinations auditives et visuelles ont été signalées depuis longtemps dans l'épilepsie, soit dans l'épilepsie essentielle, soit dans l'épilepsie symptomatique de tumeurs cérébrales, soit dans les tumeurs cérébrales sans épilepsie.

*Tamburini* en 1881 relate des phénomènes sensitifs produits au niveau des voies sensorielles de l'écorce. Le malade éprouve des sensations visuelles et auditives comme si ses organes des sens étaient l'objet d'un stimulant extérieur.

*Motet* (1881) signale les hallucinations auditives dans son étude sur les délires comitiaux.

*Hammond* (1881) rapporte des auras hallucinatoires au cours d'une épilepsie d'origine thalamique (*Encéphale*, 1881).

*Taguet* (1882) a décrit des hallucinations comitiales sans attaques.

*Hoecke* (en 1906) rapporte un cas d'épilepsie tardive au cours d'une psychose hallucinatoire chronique.

En dehors de l'épilepsie essentielle et symptomatique *Claude* (1913) décrit un état hallucinatoire avec exacerbations périodiques symptomatiques d'une hypertension intracrânienne. *Sérieux* et *Mignot* signalent des hallucinations de l'ouïe avec surdité corticale et paralyse, dues à des kystes kystiques du cerveau.

---

(1) Voir *Annales Médico-psychologiques*, novembre 1926.

Plus intéressantes encore sont les observations qui ont été publiées et dans lesquelles les hallucinations auditives ou visuelles s'accompagnant ou non de convulsions ont été produites par des tumeurs cérébrales bien localisées (1).

*Boy* (1876) signale des cas d'hallucinations visuelles par tumeur de la région occipitale.

*Westphal, Seguin* (1879) rapportent des cas d'hallucinations dans le champ d'une hémianopsie.

*Henschen* rapporte 12 cas d'hallucinations unilatérales dans le champ de l'hémianopsie. Analogues sont les observations multiples de *Wollenberg, Oppenheim, Krauss, Reinhardt*. *Nida* signale les hallucinations visuelles comme phénomènes d'excitation du cortex occipital. Toutefois pour *Kennedy et Cushing* on n'observerait jamais que des hallucinations élémentaires.

Dans les tumeurs du lobe temporal, particulièrement les circonvolutions de l'hippocampe, *Huglings Jackson* (1876) décrit les « Dreamy states » et les attaques du gyrus uncinatus « Uncinate fits » : ce sont des crises avec hallucinations olfactives et gustatives (*Jackson*), hallucinations visuelles (*Kennedy, Cushing, Horrax*) et anxiété.

*Cushing et Meyer, Pick et Jolly* ont signalé des hallucinations par tumeur irritant ou coupant les radiations optiques. Ces faits qui ont la valeur d'expériences démontrent d'une façon nette l'identité de production du syndrome d'automatisme mental hallucinatoire et de l'illusion des amputés.

Semblables sont les troubles sensoriels ou psycho-sensoriels auditifs observés dans les cas de tumeur du lobe temporal :

Cas d'*Ornerod* : sarcome du lobe temporal droit avec accès d'épilepsie et sensations auditives subjectives.

Cas de *Wilson* : sarcome de la première circonvolution temporale droite avec hallucinations auditives et convulsions épileptiques.

---

(1) Voir H. BARUK. — Les troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales. Thèse, Paris, 1926.

Cas de *Kaplan* : sarcome de la partie antérieure d'un lobe temporal avec accès d'épilepsie précédée d'une aura auditive.

Cas de *Mayendorf* : tumeur du lobe temporal avec hallucinations de l'ouïe et état délirant nocturne.

Enfin dans les tumeurs pariétales des troubles psycho-sensoriels ont été aussi observés.

Classique est le cas de *Magalhaes Lemos* où des hallucinations tactiles et de la sensibilité générale accompagnaient une aura douloureuse et étaient suivies d'une crise épileptique.

Dans l'observation de *Bianchi* existaient des sensations cénesthésiques pénibles.

Ainsi l'on voit d'après tous ces faits objectifs que des lésions déterminées de l'encéphale, tumeurs cérébrales, avec ou sans épilepsie peuvent reproduire les états hallucinatoires auditifs, visuels, olfactifs, gustatifs et les troubles cénesthésiques de l'automatisme mental avec ou sans lésion.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer des faits de ce genre. Mais par contre, nous rapporterons l'observation d'une malade que nous avons examinée avec M. Merklen. Il s'agit d'une épileptique avérée qui présente des crises convulsives, des absences et des équivalents confusionnels conscients et chez laquelle nous avons vu s'installer un automatisme mental avec des idées délirantes d'influence.

OBSERVATION VIII. — D... Clémence, 34 ans, Entrée le 29 mai 1922 à l'hôpital Tenon pour une crise comitiale. Cette crise convulsive avait été suivie d'un état confusionnel au cours duquel elle se leva, enleva sa chemise de nuit, déshabilla le petit garçon de sa cousine chez laquelle elle habitait, et se coucha à côté de l'enfant. Elle eut une nouvelle crise convulsive avec inconscience, morsure de la langue, amnésie. Le médecin la fit transporter à l'hôpital Tenon.

A l'hôpital, le lendemain de son entrée, elle eut une impulsion érotique, et se mit à crier dans la salle : « Celui-là est un beau blond, celui-là est un beau brun ; il y en a pour tous les goûts, faites votre choix ». Elle a gardé le souvenir de cette impulsion qui n'était pas inconsciente,

Elle dit avoir crié « machinalement », mais elle se rappelle les propos qu'elle a tenus.

Le 13 juin elle fut réglée et eut dans la nuit trois crises convulsives avec morsure de la langue et miction involontaire.

Le 23 juin, elle eut une crise impulsive verbale. Elle se réveilla entre 9 et 10 heures, en éprouvant une « jouissance admirable ». C'était une « jouissance du cœur » ; elle se réveillait heureuse. Elle se mit à parler tout haut ; *elle répétait les voix qui parlaient en elle* ; elle disait qu'elle avait eu du mérite de garder sa virginité jusqu'à présent, qu'il y en avait peu comme elle aujourd'hui, surtout à son âge. Elle prit une infirmière par la main et lui dit : « Tu pourrais comme moi goûter ce bonheur ; persiste encore ; tu éprouveras peut-être le même bonheur que moi ; je suis la plus pure des vierges », elle entendait des voix qui parlaient en elle, et « *pas dans la tête, dans le cœur directement* ». Ces voix lui tenaient des propos alternativement mystiques et érotiques, lui parlaient « de son chapelet qui lui vaudrait son bonheur et de sa virginité qu'elle devait conserver ». Ces voix lui venaient directement de Dieu. Ce n'est pas une pensée. Elle entendait prononcer. Elle répétait plus vite qu'elle ne l'aurait pensé. Jamais toutes ces choses ne lui seraient venues à l'idée.

Il y avait des *hallucinations psychiques avec prise et devancement de la pensée*, c'est-à-dire un syndrome très net d'automatisme mental.

Vers minuit, elle s'endormit. Elle dormit normalement. Le lendemain, elle se rappela la scène et la raconta. Elle assure que ce n'était pas un rêve, ce fut son dernier accès à l'hôpital. Elle fut ensuite internée à l'Asile clibique où nous pûmes la suivre.

Or, ce n'était pas la première manifestation pathologique qu'elle présentait.

En 1918, elle fut internée à l'Asile d'Alençon, à la suite d'un « passage miraculeux ». Elle éprouva une impulsion motrice, *hallucination psycho-motrice*, ou hétéro-impulsion.

Le 20 octobre, elle s'est sentie commandée de se « jeter dans le feu ». Ce fut une inspiration ; elle n'entendit pas de voix. Elle se jeta dans la cendre ; il y avait peu de feu. Elle se releva brusquement et courut se jeter dans une mare presque à sec, se roula dans la boue, puis se jeta dans un puits de 33 mètres, attrapa la chaîne qui se brisa au dernier anneau, tomba dans le puits ; *elle était en pleine connaissance* ; elle remonta à la surface de l'eau, s'accota

à la paroi et appuya ses deux pieds contre la paroi symétrique. Son père alla chercher du secours. On lui jeta une grande corde, elle s'attacha elle-même, fit un nœud coulant, tint la corde ; on tira doucement, elle marchait sur la paroi pendant que la corde montait. Elle avait donc entièrement conscience de la situation. Sortie du puits, elle croisa les bras, regarda son père en disant : « Tu vois, papa, que c'est utile d'avoir du nerf ». Puis elle eut une crise convulsive très violente suivie d'un état confusionnel dont elle ne garda pas le souvenir.

A la suite de cette scène, elle fut internée à l'asile d'Alençon. Pendant 3 mois, elle n'eut pas de crise. Elle suivit à l'Asile un traitement de douches, puis sortit de l'asile, fit un court séjour chez son frère, et retourna chez ses parents.

En 1919, elle se fiança, puis rompit ses fiançailles. A cette date apparurent les premières hallucinations psychiques. Depuis lors, elle entend des voix qui viennent de Dieu et qui lui disent : « Tu es une femme comme il faut. »

En mai 1920, elle eut une apparition ; elle vit Dieu, sous la forme d'un buste d'homme très beau ; ce fut la seule fois qu'elle éprouva une hallucination ou une illusion visuelle.

Entre temps, depuis 8 ans, elle avait des *absences*, très caractéristiques, avec suspension courte de la conscience et amnésie.

En juin 1920, les absences devinrent si fréquentes (9 par jour) qu'elle demanda elle-même à être soignée de nouveau à l'Asile d'Alençon. Ce fut son second internement.

Le 1<sup>er</sup> octobre 1920, à l'Asile, elle eut une nouvelle *impulsion* avec *hallucination psychique*. Elle était à la Chapelle de l'Asile ; elle entendit une voix qui parlait en elle et qui lui donnait l'ordre de sortir de la Chapelle : « Sors de la Chapelle ». Elle sortit, fit une cinquantaine de mètres sur la galerie. Une sœur la suivit. Elle se coucha sur le pavé, tout du long, sur le dos. Elle entendait une voix qui disait en elle : « Défais tes chaussures ». Elle les défit. Elle craignait la mort. Elle était couchée sur le dos, les bras en croix comme pour être mise au cercueil. Elle se sentit comme « embaumée par la mort ». Une voix résonna en elle, « comme si la mort entraînait en elle par le vagin et passait en elle en travers » (elle trace une ligne du vagin à l'épaule droite). Une voix dit en elle : « Elle a résisté à la mort, c'est un miracle ; elle est intelligente,

nous réussirons avec elle ». Au bout d'un quart d'heure, elle se releva, monta au dortoir en compagnie de la même sœur, se coucha et s'endormit.

Le 7 novembre 1920, un dimanche à 9 heures du soir, elle était couchée ; elle se réveilla, sortit de son lit, était un peu agitée ; debout dans le milieu du dortoir elle parlait de Dieu et de sa virginité ; elle parlait très fort. Elle entendait des voix en elle, il y en avait de bonnes et de mauvaises excitations ; elle prit une pose indécente. Elle entendit une voix qui lui disait : « Urine un peu, ça te soulagera ». Elle urina sur le parquet. Elle criait : « Je suis vierge, Dieu le sait, Dieu le reconnaît avant tout autre ». Une voix lui dit : « Laisse-toi faire, tu ne seras ni blessée, ni brutalisée ». Alors on lui mit sa robe et on la fit coucher dans une chambre d'observation. Elle fut relativement calme. Elle parla encore un peu pour dire à la Mère Supérieure : « Que je sois ici ou que je sois en haut, je couche « toujours seule dans mon lit, et vous ne pourriez pas en « dire autant ; avant-hier, tu couchais avec le Directeur ». La Supérieure demanda : « Qui vous a dit cela ? » Elle répondit : « C'est Dieu lui-même et Dieu sait tout ». Puis elle s'endormit.

En juillet, août et septembre 1921, elle eut de nouvelles *impulsions motrices* et des *hallucinations psychiques* de caractère nettement érotique. [La nuit, vers 2 heures du matin, elle était réveillée par de forts battements de cœur. Elle se sentait commandée de porter la main gauche sur le cœur et la droite sur le vagin. C'était une inspiration ; elle n'entendait pas de voix. Elle appuyait fort sur le vagin et éprouvait une jouissance sexuelle intense qui « se propageait du vagin au cœur ».

Dans la nuit du 23 au 24 octobre 1921, elle fut réveillée brusquement, une voix disait en elle : « C'est la première nuit de noces, ça y est ». Elle se sentit pénétrée par le vagin et eut la sensation profonde d'avoir un goût infect qui remontait jusqu'à la gorge. Elle eut une réaction anxieuse et se mit à crier : « Maman, maman ». On l'entendit crier. Puis elle se rendormit.

Les deux mois suivants, l'avant-veille de ses règles, elle éprouva encore la nuit des jouissances analogues, mais de moins en moins fortes, jouissances sexuelles partant du vagin et correspondant au cœur.

La première crise d'épilepsie convulsive date du 20 août 1921. Elle n'en avait jamais eu auparavant.

Le 20 août, dans la matinée, elle tomba sur le parquet,

dans le dortoir de l'asile, se blessa à l'arcade sourcilière droite, eut des mouvements convulsifs et ne se rappelle pas s'être mordu la langue ni avoir uriné. La crise dura 10 minutes.

Dans la suite, les crises reparurent l'avant-veille de ses règles et s'accompagnèrent à chaque fois de morsure de la langue et d'incontinence des urines.

En 1921, les crises se produisirent en octobre, novembre et décembre. En 1922, crises en janvier, février, mars, avril. C'est à la suite de la crise d'avril qu'elle entra à l'hôpital Tenon, puis à l'Asile Clinique.

*A l'examen.* — C'est une débile mentale, naïvement satisfaite de savoir que « son cas est intéressant ». Son instruction est rudimentaire. Elle a toujours été religieuse et pratiquante. A noter que dans l'enfance elle n'a pas eu de convulsions ni de crises épileptiques.

Elle montre pendant son séjour à l'asile des troubles du caractère. Elle manifeste des *tendances paranoïaques*, elle est orgueilleuse, méfiante, quérulente et revendicatrice ; elle proteste volontiers, et écrit pour se plaindre des malades et du personnel.

Pendant son séjour à l'asile, elle eut trois crises convulsives. Elle n'eut ni épisode impulsif, ni hallucinations. Mais elle croit fermement dans la réalité des voix et des visions antérieures. C'est Dieu qui lui a parlé directement.

Elle tend à systématiser sur ce thème. Elle a eu des voix en elle, comme Jeanne d'Arc. Elle est peut-être une femme miraculeuse. On aura peut-être recours à elle. Elle est vierge. Sa destinée est de ne pas se marier. Dans le délire qui se constitue s'intègre un mélange de mysticisme et de préoccupation érotique. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires : ses parents sont vivants, elle a 5 frères et sœurs, une sœur est morte en bas âge ; un frère a été tué à la guerre.

*Commentaires.* — Cette observation est intéressante à un double titre.

D'une part, il s'agit d'un cas d'épilepsie dans lequel on trouve des accidents comitiaux de tout ordre : 1° des crises convulsives avec inconscience et amnésie ; 2° des épisodes singuliers : quelquefois confusionnels, mais surtout impulsifs avec des impulsions motrices (tentatives de suicide) et des impulsions verbales (propos mystiques et érotiques). Ces épisodes sont conscients et mnésiques.

D'autre part, à l'occasion de ces épisodes mnésiques s'est manifesté un syndrome net d'automatisme mental



avec hallucinations psychiques, hallucinations psychomotrices, prise et écho de la pensée.

Les états épileptiques mnésiques sont connus depuis longtemps. Ils ont été signalés par *Hugues* en 1881, par *Herpin* qui admet la conservation du souvenir dans de menus épisodes épileptiques, par *Ducosté* dans sa thèse, par *De Clérambault* qui a décrit des délires comitiaux mnésiques (1).

S'agit-il dans notre observation de la coïncidence fortuite d'états psychopathiques différents : épilepsie et automatisme mental; ou peut-on les rattacher au même processus? Les accidents épileptiques ou mnésiques ont été intermittents : les faits d'automatisme mental ont été aussi intermittents et accidentels. Il y a eu des hallucinations psychiques et psychomotrices qui se sont réalisées impulsivement et qui se sont traduites passagèrement par des actes impulsifs et par des idées délirantes mystiques ou érotiques.

Ces accidents impulsifs ont une soudaineté, une brutalité, une violence qui paraissent spécifiques de l'épilepsie. Ils nous paraissent devoir être considérés comme des accidents épileptiques mnésiques au même titre que les impulsions épileptiques simples, et que les absences ou les crises convulsives, accidents amnésiques qui les suivent ou les précèdent ou se mélangent à eux.

Enfin on peut noter que ces syndromes d'automatisme mental d'origine épileptique paraissent devoir conditionner un délire d'influence à thème de mysticisme et de grandeur. La malade débile, vaniteuse commence à se sentir inspirée par Dieu, à se comparer à Jeanne d'Arc, à s'attribuer une mission divine. L'automatisme mental tend à jouer un rôle inducteur (2) dans la constitution du délire d'influence qui s'organise et tend à se systématiser.



Nous avons eu l'occasion d'observer et de rapporter avec *Lamache* (3) un autre cas d'automatisme mental survenu chez une épileptique alcoolique qui, consciente de la nature morbide de son automatisme impulsif, l'explique par une influence étrangère. Son délire d'in-

(1) DE CLÉRAMBAULT. — *Soc. clin. Méd. ment.*, juin 1909 et janvier 1912.

(2) LOGRE. — Exposé de titres.

(3) HEUYER et LAMACHE. — *Epilepsie et automatisme mental. Soc. psych.*, 18 déc. 1924.

fluence à base d'automatisme mental n'existe qu'à l'occasion et qu'à titre d'explication de ses crises et de ses fugues.

OBSERVATION VII. — L. Cl., 30 ans. Domestique, mariée, nie l'alcoolisme habituel; mais avoue boire coup sur coup 3 à 4 verres de vin ou des apéritifs quand elle est triste.

*Antécédents héréditaires.* — Père mort à 69 ans d'un ictus apoplectique. Mère pendue à 60 ans. Une sœur de 33 ans bien portante.

*Antécédents personnels.* — Scarlatine et rougeole dans l'enfance. Rien d'anormal dans la première enfance. Réglée à 13 ans. Toujours bien réglée. A eu deux enfants, et une fausse-couche spontanée de 2 mois.

*Histoire.* — En 1918 aurait eu une crise avec chute et perte de connaissance, son mari l'aurait trouvée par terre. Amnésie totale de la crise. En 1919 son mari l'a quittée. Elle était chez sa mère en Bretagne. A fait une fugue en chemise dans la rue le soir. Sa mère est allée la chercher et l'a retrouvée. Inconscience durant la crise. Amnésie à la suite de la crise. Dans la nuit, nouvelle fugue.

Elle avoue que ces fugues s'étaient produites après avoir bu du cidre.

Au cours de la même année, encore après avoir bu du cidre en grande quantité, elle eut une crise convulsive, se roula par terre, fit une nouvelle fugue, la nuit, absolument inconsciente, et ne retrouva sa lucidité qu'après une demi-heure de marche, dans un champ près d'une ligne de chemin de fer, avec sa coiffe et son corsage déchirés.

Une autre fois, fugue analogue, son enfant et une femme la suivirent et la ramenèrent chez elle. A chaque fois amnésie totale de la fugue. Depuis 1919 elle eut 5 à 6 crises analogues.

Dès la première fugue, elle commença à interpréter vaguement; elle savait « qu'on lui faisait quelque chose ».

L'an dernier au mois de novembre à Paris, elle était sans argent et sans travail, car elle avait quitté sa patronne à la suite d'une discussion futile. Elle affirme n'avoir pas alors commis d'excès de boisson. Elle eut pendant huit jours un accès de dromomanie, circulant dans Paris et sa banlieue jour et nuit, sans se rendre compte des endroits où elle se trouvait; elle n'éprouvait aucune fatigue, elle se sentait poussée; elle aurait pu aller se réfugier chez sa sœur; elle y pensait mais n'y allait pas; plusieurs fois par jour se retrouvait devant l'endroit où travaillait sa sœur;

n'entraînait point la chercher, et repartait aussitôt. Elle eut quelques épisodes oniriques : A St-Denis, pendant la nuit, elle vit les nuages s'entr'ouvrir et elle vit une « tête d'homme assez fort ».

Elle ajoute : « On me disait peut-être bien des choses, mais je ne me rappelle pas, il me semblait bien que l'on me conseillait et que le monde s'occupait de moi. »

Elle fit des extravagances, refusa de payer sa place dans un tramway, injuria un agent et fut envoyée à l'Infirmierie Spéciale.

Internement le 27 novembre 1923, avec un certificat du Docteur Logre : Excitation psychique, excentricités, cris, chants, sifflements, ironie, jovialité, irritabilité, scandale dans la rue, a refusé de payer sa place dans un tramway, a injurié un agent, dit des extravagances au commissaire de police ; élément éthylique probable, trémulation des doigts.

Pendant son séjour à l'Asile de Vauchuse se constitua un syndrome d'automatisme mental avec idées d'influence. Elle est très affirmative : quelqu'un s'occupait d'elle, quelqu'un lui prenait sa pensée ; c'était comme une petite machine qui marchait dans sa tête. On lui mettait des pensées dans la tête; *on l'obligeait à penser malgré elle*; on lui donnait notamment l'idée de faire du bien aux malades de l'Asile. On lui parlait dans la tête. C'était bizarre, étrange, « drôle ». Jusqu'à sa sortie elle a cru qu'elle était dans une maison boche. On l'a hypnotisée en lui donnant quelque chose à boire, et « son idée allait avec celle d'une autre personne », — quelquefois on la laissait un moment tranquille, et après cela recommençait de plus belle. — *Elle voyait sa vie depuis le commencement jusqu'à son départ pour la Bretagne*. Elle pense que « l'on faisait de sa vie un roman ou une pièce de cinéma » (*sic*).

Troubles cénesthésiques. On lui envoyait de l'électricité. Elle croit que c'est son mari qui agissait aussi sur elle. Il a su avant elle que sa mère était morte. Il lui en voulait parce qu'il voulait avoir le divorce à son profit. Si ce n'est pas lui c'est quelqu'un qui le connaît.

Progressivement son syndrome d'automatisme mental se réduisit plus ou moins volontairement, « elle n'a plus voulu penser à tout ça ». Elle était calme, et put sortir en février 1924.

Après sa sortie elle se plaça comme domestique. Au début de novembre elle a été en traitement à Lariboisière pour une arthrite du genou. Elle sortit de l'hôpital vers le premier novembre, se rendit chez sa sœur. Mais comme sa

sœur lui reprochait d'être à sa charge, elle s'est enfuie de la maison. Elle rencontra un homme avec qui elle passa la nuit. Le lendemain, déjeuna avec lui, s'en sépara et prit plusieurs verres de vin et de bière, et beaucoup de café.

Vers 3 heures de l'après-midi, elle ne savait plus où elle se trouvait. Elle apostropha des agents qui l'emmenèrent au commissariat où elle refusa d'indiquer son domicile, disant qu'on lui voulait du mal, qu'on la surveillait et qu'on voulait faire une pièce de théâtre sur son compte. A l'infirmerie, dès le lendemain de son arrivée, elle se montra comme elle est actuellement, avec une légère excitation psychique, expansive, souriante, amène, bien orientée, sans confusion, mais déclarant ne pas se rappeler les conditions dans lesquelles elle est venue à l'infirmerie.

Elle met encore sa fugue sur le compte de l'influence étrangère qui détermina les fugues précédentes. En dehors des crises l'influence n'existe pas, et, quand nous l'interrogeons le lendemain de son arrestation, elle déclare que tout est fini ; elle ne sent plus rien, elle n'entend rien, l'hypnotisme a cessé.

Mais elle garde la croyance persistante en la réalité de l'influence qui s'est exercée antérieurement sur elle : « Je ne suis pas folle ; si vous voulez savoir pourquoi j'ai fait cette fugue, adressez-vous à celui qui s'occupe de cela ».

Il y a chez elle un fond de débilité mentale ; elle n'a jamais pu apprendre grand'chose et est un peu niaise. Interne dans le service de M. le Dr Sérieux qui nous a permis de la suivre, elle a gardé la même attitude, un peu d'excitation, d'euphorie avec volubilité ; elle mange et dort bien, et travaille dans le service.

Pas de signes neurologiques : des réflexes tendineux vifs, des pupilles qui réagissent à la lumière ; quelques petits signes d'alcoolisme chronique : facies vultueux, un peu de tremblement digital et d'hypéralgésie musculaire. Un strabisme congénital de l'œil gauche.

Le certificat de quinzaine de M. Sérieux porte les mentions suivantes : débilité mentale avec idées de persécution ; automatisme mental ; appoint alcoolique, probabilité d'accès épileptiques.

*Commentaires.* — Notre malade présente :

1° Des accidents épileptiques sous la forme de :

a) Crises convulsives avec chute, perte de connaissance ; elle dit même que quelquefois elle avait remarqué s'être mordu la langue.

b) Des fugues sur la nature desquelles on peut discuter,

mais dont l'origine épileptique nous paraît plus que probable ; leur brusquerie impulsive, l'inconscience qui les accompagne et l'amnésie qui les suit ont tous les caractères des accidents épileptiques ; certaines fugues dromomaniaques, comme celle qui précéda le premier internement sont partiellement mnésiques. Ce caractère même ne serait pas suffisant pour les éliminer complètement du syndrome épilepsie que présente notre malade.

2° De l'alcoolisme incontestable et avoué. Chaque crise survient d'ailleurs souvent à la suite d'un excès de boisson, même léger. Sa sœur déclare que notre malade ne pouvait même pas supporter un verre de vin sans entrer dans un état d'excitation où elle parlait de l'influence étrangère qui s'exerçait sur elle. Il est vraisemblable même que certains éléments visuels du délire relevaient directement de l'intoxication alcoolique. Elle a eu des zoopsies, elle a vu des gens qui la frappaient, la menaçaient, elle tombait dans des ravins, etc.

3° Un délire d'influence à base d'automatisme mental, à prédominance d'automatisme moteur : gestes forcés, fugues imposées ; d'automatisme verbal moteur : on la force à parler, à crier ; de prise et de substitution de pensée, d'hallucinations psychiques, de sentiments d'étrangeté, de dévidage des souvenirs.

Le délire d'influence secondaire, d'ailleurs pauvre, systématisé au prorata de son intelligence, est un délire explicatif.

Dans cette observation l'automatisme mental qui est à la base du délire n'existe pas dans l'intervalle des crises. Pendant de longues périodes la malade ne se plaint ni de prise de la pensée, ni d'hallucinations, ni d'hétéro-impulsions. Ce syndrome n'existe qu'à l'occasion de l'accident comitial qui l'a déclenché : l'automatisme épileptique se confond avec l'automatisme mental et la conscience de celui-ci se traduit par un délire d'influence.

A l'occasion de cette présentation nous avons rapproché ce délire d'influence des délires induits décrits par Logre (1). Nous avons porté un pronostic défavorable de l'évolution de ce délire, qui nous paraissait devoir évoluer vers la chronicité, car, de façon constante, même dans l'intervalle des accidents convulsifs et impulsifs, et alors même que ne fonctionnait pas son automatisme mental, elle gardait la même certitude de ses explications délirantes.

(1) LOGRE. — Exposé de titres, 1923.

Nous rappelons ici cette observation parce que au cours d'une affection organique et chronique, l'épilepsie, aggravée par une intoxication alcoolique, s'est créé un syndrome complet d'automatisme mental variable selon l'intensité, la fréquence et la ténacité des crises. Elle nous semble être un argument sérieux en faveur de l'origine organique de l'automatisme mental, noyau des délires hallucinatoires chroniques.

\*\*

### CHAPITRE III. — *Automatisme mental et syphilis*

L'automatisme mental accompagné de son cortège d'idées délirantes : de persécution, d'influence, de possession, etc., évolue habituellement d'une façon autonome, de telle sorte qu'il faut fouiller avec soin le passé du malade pour retrouver l'affection organique qui les conditionne. C'est alors qu'il constitue le délire chronique de Magnan, la psychose hallucinatoire chronique de Dupré et de Ballet. Il a été jusqu'à présent impossible de fournir la démonstration anatomique de son origine organique, mais dans des cas qui deviennent de plus en plus fréquents au fur et à mesure qu'on les recherche, le syndrome d'automatisme mental apparaît encadré des symptômes d'une affection proprement neurologique : épilepsie, tumeur cérébrale.

Nous avons insisté dans le chapitre précédent sur l'importance doctrinale de l'apparition du syndrome de l'automatisme mental au cours de l'épilepsie et des tumeurs cérébrales.

L'automatisme mental a été aussi signalé dans des affections mentales dont les lésions anatomiques ne sont pas connues, mais dont la nature organique ne paraît pas douteuse : manie (1), mélancolie (2). L'étude faite par *Tinel* et *Santenaise* des phénomènes physiologiques qui accompagnent ces affections, montre qu'il ne s'agit pas de maladies de l'esprit, mais que la psychopathie n'est que l'expression d'un désordre fonctionnel du système

---

(1) LOGRE et HEUYER. — Congrès de Strasbourg, 1920.

(2) CODET. — Délire d'influence au cours d'un état mélancolique.  
A. M.-P.

organo-végétatif. On peut admettre que l'automatisme mental qui se manifeste à leur occasion et se traduit par un délire d'influence est, sur un autre plan, la manifestation du même désordre physiologique, donc anatomique.

Plus intéressantes encore sont les observations d'automatisme mental survenant au cours d'une affection syphilitique du névraxe et particulièrement au cours de la paralysie générale.

Les faits de ce genre sont très nombreux dans la littérature depuis *Girma*: Hallucinations chez les paralytiques généraux (Paris 1881).

Les hallucinations dans la paralysie générale ont été depuis signalées par *Baillarger* (1883), *Ducosté*, *Leroy*, *Baruk*, *Ladame*, *Marie*, *Joffroy*, *Sérieux*.

*Rieu* en 1899 dans sa thèse rapporte 9 cas d'hallucinations dans la paralysie générale.

*Trénel* (1901) décrit dans la paralysie générale des hallucinations psychomotrices et un délire spirite.

*Gelma* et *Lerat* (1909), un cas d'hallucinations psychomotrices, avec démonopathie interne chez un P. G.

*Legrain* (1910) : Délire systématique et des hallucination chez un P. G.

*Borel* et *Ceillier* (1914) : P. G. à début par des hallucinations psychomotrices verbales.

*Laignel-Lavastine* et *Kahn* (1925) : Syphilis du névraxe avec délire systématisé et délire d'influence au cours d'une P. G.

*Lévy-Valensy* et *Baruk* (1925) : Délire d'influence chez un P. G.

*Abely* et *Bauer* : Démence paranoïde et syphilis cérébrale.

Enfin récemment *Laignel-Lavastine* et *Kahn* rapportent une observation d'automatisme mental avec délire d'influence survenu chez un ancien syphilitique sans signes neurologiques ni biologiques de syphilis du névraxe et pour lequel on pouvait discuter le rôle de la syphilis dans la genèse du syndrome hallucinatoire présenté par le malade.

Même quand la syphilis existe de façon certaine, il est souvent difficile de faire la preuve de son rôle dans la production du syndrome d'automatisme mental. On peut toujours admettre qu'un malade ancien syphilitique peut être atteint ultérieurement d'une psychose hallucinatoire chronique ou d'une psychose d'influence sans que la syphilis ait conditionné la psychose.

A défaut de preuve anatomique, il est exceptionnel d'avoir une preuve thérapeutique consistant en la disparition du syndrome d'automatisme mental par l'action du traitement spécifique alors que le syndrome était survenu au cours d'une syphilis encore en évolution.

Des observations que nous rapportons ci-dessous, les trois premières appartiennent au premier type : syndrome d'automatisme mental survenu chez un syphilitique sans aucun signe de syphilis du névraxe.

La quatrième appartient au second type : syndrome d'automatisme mental survenu au cours d'une syphilis encore en évolution avec des signes neurologiques de syphilis nerveuse et disparaissant à la suite d'un traitement spécifique et intensif :

OBSERVATION IX. — Laf. Marg..., âgée de 27 ans, présente un syndrome d'automatisme mental avec idées délirantes de possession diabolique et de persécution. Dans l'ensemble de ses symptômes et de ses réactions elle apparaît comme une *démoniaque possédée* d'un type médiéval qu'on pourrait croire aboli si des événements récents ne montraient sa relative fréquence et même son extension sous la forme de délire religieux collectif.

Nous l'avons examinée à l'Infirmierie Spéciale et elle fut internée avec le certificat suivant :

« Automatisme mental avec idées de persécution,  
 « d'influence et de possession. Thème de mysticisme et de  
 « magie. Depuis 3 ans est envoûtée par le démon. Hallu-  
 « cinations auditives et hallucinations psychiques. On lui  
 « parle tout le temps dans l'oreille et dans la tête. Propos  
 « agréables ou désagréables ou insignifiants. Injures. Mena-  
 « ces de mort. Kyrielles de mots. Prise, écho, devancement  
 « et embrouillage de la pensée. Enonciation des actes.  
 « Hallucinations psychomotrices verbales. C'est une femme,



« amie de sa mère, qui faisait de la magie et qui l'a envoû-  
 « tée. On lui a enlevé des morceaux de cervelle. Troubles  
 « cénesthésiques. Electricité. Piqûres. Viol dans le sommeil  
 « hypnotique. On travaille son double dans les ténèbres et  
 « c'est elle qui ressent tout ce qu'on fait à son double.  
 « Élément visuel : dans la chambre de magie a vu des repti-  
 « les, le démon, noir ou rouge. Zoopathie interne. On a  
 « introduit dans son corps des reptiles. A été protégé par  
 « Dieu et la Sainte-Famille. Elle a vécu dans « l'endolâ-  
 « trie », mais saint Michel Archange l'en a tirée. A vu et  
 « entendu Dieu, le Sacré-Cœur. Paroles consolatrices et  
 « actions protectrices. Dissociation de sa personnalité. La  
 « moitié de son cerveau est intacte et appartient à Dieu,  
 « l'autre moitié est envoûtée et tenue par le Diable.

« Fond de débilité mentale. Instruction rudimentaire.  
 « Excitation psychique, hypertonie, aisance, loquacité,  
 « désordre des actes, excentricités à une station du métro  
 « où elle voulait prendre l'électricité. »

« Pas de signes neurologiques. Chétivité, stigmates de  
 « dégénérescence, syphilis à 20 ans, traitée par le Dr Ver-  
 « nes, rue de la Glacière. Pas de signes actuels. Une  
 « fausse-couche. Appoint éthylique probable ».

Elle est internée depuis 5 mois dans le service de M. le Dr Sérieux qui l'a étiquetée: Démence paranoïde. Elle garde le même aspect. Très excitée, agitée, elle a une loquacité incoercible. Assise dans son lit, ou debout dans la chambre, les cheveux épars, elle gesticule et sur un ton agressif fait toujours entendre les mêmes récriminations : « On veut m'empêcher d'aller au ciel, ce sont les démons qui sont en elle ; ils ont fait tomber la Sainte-Famille. Le démon a trahi. Ils parlent, elle les entend. Ils disent : « Le démon triomphe : on va l'engloutir ». On dit qu'elle est le singe et la guenon, qu'elle fait des petits cochons, etc. Les *hallucinations auditives* sont très actives ; sans cesse on lui parle : elle répond ; et d'une façon continue dans la salle elle crie, elle apostrophe, elle menace.

Elle a des *hallucinations visuelles* : elle a vu le diable, il était rouge, grand, n'avait pas de cornes, mais avait des cercles de soleil qui marchaient avec lui ; elle a vu aussi le Bon Dieu, la Vierge Marie, saint Joseph, elle a vu le Christ sur la croix, il a dit : on ne me perd jamais. Elle a vu une vipère tourner autour de son lit : « On la voit très bien ; elle est très longue, le démon lui parle et la vipère tourne ».

Les symptômes de l'automatisme mental sont au complet :

prise et écho de la pensée ; kyrielle de mots ; devancement et embrouillage de la pensée. Les démons l'empêchent de penser ; ils l'obligent à penser à toutes sortes de choses malpropres. Mais ils ne la forcent pas à agir. Elle a une ébauche de devinement de la pensée. Elle lit très bien et sans le vouloir dans la pensée des gens. Toutefois elle ne peut pas tout deviner, sans cela elle ne se serait pas laissée prendre.

Les troubles *cénesthésiques* sont multiples et intenses. On lui travaille le cerveau ; elle ressent des piqures, des ondes, montre les traces de la T. S. F. ; on la suce ; on la pique ; on la brûle ; on la chauffe ; on la travaille aux organes génitaux. Le démon arrive sur son ventre ; il pénètre à l'intérieur où il mange, il boit ; « elle le sent ». On a pourri son corps.

Elle est possédée par les démons et par les vipères, cette *démonopathie* et cette *zoopathie interne* sont très spéciales ; son côté droit est le côté de Dieu ; son côté gauche est celui de l'enfer. C'est le côté gauche qui est envoûté ; les vipères ont pénétré en elle par le côté gauche du vagin et par un trou qu'on lui a fait dans le dos. Les vipères sont nombreuses ; elle les sent grouiller.

Les idées de *possession* et d'*envoûtement* ont une origine imaginative certaine et une formule assez pittoresque. Elle a un double dans les ténèbres ; on travaille son double dans l'invisible et elle ressent ce que l'on fait à son double. Elle a vu ce qu'étaient les ténèbres. Elle voit l'invisible. C'est une sorte de chambre noire avec toutes sortes de reptiles. On l'a recouverte d'une peau de singe dans l'invisible. Elle a été aussi dans une « chambre de magie » qui est au contraire très jolie, toute blanche.

Son *délire mystique* est systématisé mais sous une forme stéréotypée qui n'a pas varié depuis que nous l'examinons : Tous ses malheurs viennent de ce qu'elle aimait trop le Sacré-Cœur, c'était la vraie vie. Mais les démons ont renversé la Sainte-Famille, le Paradis s'est écroulé. Elle n'est pas malade, mais elle est envoûtée. On veut l'empoisonner et les médecins font des expériences sur elle. Pour la désenvoûter il a fallu que le Sacré-Cœur couchât avec elle. Malgré cela il n'est pas parvenu à la désenvoûter. Il allait y arriver quand la vipère l'a piquée et « a coupé le fil qui tenait l'étoile ».

Les propos sont souvent dé cousus, avec des fuites d'idées et des remarques incidentes de type maniaque, mais sans aucune idée raisonnable. Elle parle de Léon le Sage, de

Samson, puis ajoute que ce sont des personnages qui n'ont jamais existé. Elle dit que les serpents s'envolent. Elle fait des néologismes : elle habite dans « l'endolâtrie ».

Ses *réactions* sont toujours du même ordre de turbulence et d'agitation. Elle fut arrêtée parce qu'elle faisait du *scandale* à une station du métro, où elle voulait capter l'électricité pour entrer en correspondance avec le Sacré-Cœur. Dans le service, elle crie, hurle, injurie le personnel, insulte les autres malades. Elle a quelquefois des réactions anxieuses. Une nuit, elle a fait une *tentative de suicide* en essayant de s'étrangler avec son bras. Elle doit être continuellement surveillée.

A. H. — D'après les renseignements fournis par sa sœur, son père est un « original » ; il a quitté son domicile, ne s'occupe plus de sa famille ; alcoolique il a été interné pendant 5 mois.

Sa mère, aveugle à la suite d'une kératite double, est morte d'une affection purulente aiguë.

Elle a un frère de 20 ans et une sœur de 26 ans mariée, tous deux bien portants.

A. P. — L. était cuisinière ; elle a toujours été bizarre, excentrique, avec un caractère fantasque très irritable. Elle buvait et fumait avec excès par intervalles. Sa mère a beaucoup souffert de son caractère. Très instable, pendant la guerre a toujours été en voyage. Elle est allée travailler en Suisse. Très optimiste, ambitieuse, elle s'occupait peu de sa famille. En 1921 elle fut opérée d'ovariotomie droite et devint enceinte après l'intervention.

Il y a 4 ans, elle a eu la *syphilis*, syphilis certaine avec éruption, plaques muqueuses, céphalée, chute des cheveux. Elle fut soignée à l'institut prophylactique par le Dr Vernes. Elle a eu une fausse-couche ; puis un enfant vivant et sain, actuellement en nourrice et dont elle s'est occupée régulièrement jusqu'à ces derniers temps.

Elle dit que c'est au cours de sa grossesse, il y a 2 ans 1/2 environ que l'envoûtement a commencé. Toutefois, il n'y a qu'un an que ses troubles psychiques sont devenus apparents ; sa patronne la trouvait bizarre ; elle était partie brusquement à Lourdes en parlant du Sacré-Cœur, de serpents ; elle est devenue tout à coup très dévote ; elle a commencé à mettre des ex-voto dans les églises ; elle y dépensait tout son argent ; se tirait les cartes, y voyant qu'elle ne devait pas aller à tel endroit, qu'on la tuerait ; des voix lui confirmaient ces prévisions. Au printemps dernier elle présenta des préoccupations hypocondriaques, des

craintes de tuberculose, acheta des médicaments, se sentait purifiée et sainte, mais disait qu'on la violait.

A l'examen physique on est en présence d'une femme petite, chétive avec de multiples stigmates de dégénérescence: malformations craniennes, mauvaise denture, disparition des incisives supérieures, des membres petits et normalement courts, de type infantile.

Il n'y a aucun signe neurologique de syphilis du névraxe: les réflexes rotuliens sont vifs; les pupilles sont égales et réagissent normalement. Le cœur présente peut-être un dédoublement du deuxième bruit. Le pouls est rapide: 96 avec R. O. C.: 80. L'examen du sang et du liquide C. R. ont été pratiqué par M. Carrette, interne du service de M. Sérieux. Le Wassermann a donné les résultats suivants: Albumine: 0,30. Cytologie: 1 lymphocyte par champ. Wassermann négatif. Pandi négatif. Benjoin négatif.

*Commentaires.* — Cette observation est intéressante d'abord au point de vue de la forme, du contenu et de l'expression de son délire. Il s'agit d'une démoniaque possédée, telle qu'il en existait au Moyen Age et à la Renaissance et dont le souvenir nous a été transmis par une riche iconographie (1). En un autre temps, peut-être lui eut-on trouvé facilement le « sigillum diaboli »; elle n'eut pas résisté à l'épreuve de l'eau; d'ailleurs elle avait fait une tentative de suicide, qui rentre dans les quinze chefs d'accusation des démonologues. Ses variations imaginatives concernant l'invisible et la chambre de magie auraient convaincu ses juges qu'elle s'était rendue au sabbat et nul doute qu'elle eut « senti le le fagot ». On ne peut oublier que c'est à un médecin Jean Wier (2) que sont dues les premières paroles de sagesse et de bonté concernant ces damnés. Le premier, il affirme que les pauvres femmes que l'on envoyait au bûcher sont des malades. Il admettait pourtant la diablerie passive de la possession qui entraînait l'irresponsabilité de la possédée.

A notre époque des faits récents ont montré que ces délires de possession diabolique sont plus fréquents qu'on ne le croit et peuvent se manifester sous la forme d'un délire collectif dont les réactions sont scandaleuses ou agressives.

---

(1) Jean WIER et les Sorciers. *Conférence d'Arenfeld à la Faculté de Médecine*, 1865.

(2) BIENVENU. — Sorciers et possédés. *Méd. internat. illust.*, février à décembre 1925.

Dans notre observation il s'agit d'un cas sporadique isolé; les idées délirantes ont pris le thème de possession diabolique à cause du terrain de débilité mentale, de préoccupations religieuses habituelles de notre malade, dégénérée et déséquilibrée.

D'autre part, pour expliquer l'apparition du syndrome basal d'automatisme mental, nous pensons qu'on ne peut négliger l'action de la syphilis. Sans doute, actuellement, celle-ci n'est pas en évolution, du moins d'après les réactions biologiques du sang et du liquide céphalo-rachidien. Mais il y a des relations de séquence qui ne nous paraissent pas négligeables : c'est un an 1/2 après les premières manifestations d'une syphilis incontestable que sont apparus les premiers symptômes de dissociation de la personnalité : prise de la pensée, hallucinations et idées d'envoûtement.

OBSERVATION X. — W... Eva, 55 ans. Automatisme mental. Hallucinations auditives et hallucinations psychiques. Depuis 6 ans entend des voix d'hommes, de femmes, de jeunes filles dans l'oreille et dans l'estomac. On lui dit des choses agréables et désagréables. On l'instruit. On lui parle d'anatomie et du corps humain. On lui dit que ses yeux sont de « couleur aquatique ». Mais on lui dit aussi des insultes : « fumier, pourriture, salope ». C'est la voix du Président de la République qui lui dit des insultes. La voix des journaux lui explique « jusqu'aux courroies de transmission ». On lui répète toute sa vie, toutes « ses cochonneries ». Dévidage de souvenirs surtout obscènes. Hallucinations olfactives épisodiques. Prise et écho de la pensée. Enonciation des actes. Transmission de pensée. On l'hypnotise. Elle est « dormeuse naturelle ». Elle ne pense pas avec son cerveau mais avec son estomac. Troubles cénesthésiques : Elle sent un battement électrique dans son estomac et la pensée passe. Mais on lui fait aussi des piqûres. Elle a des plaques électriques, des fluides sur le ventre. Elle n'a aucune disposition paranoïque et, de ce fait, pas de délire de persécution. Elle ne se plaint pas. On lui dit des choses très belles, trop « instruites pour elle ». On lui parle de vendre des journaux. Les voix lui montrent toutes sortes de métiers. De plus ces voix la soignent par transmission de pensée. En somme ce n'est pas désagréable. Elle ne se connaît pas d'ennemis, mais les voix sont quelquefois « énervantes ».

Aucune réaction agressive. Mais réaction dépressive. Elle

ne veut plus manger parce que les voix lui reprochent de ne pas travailler, d'où refus d'aliments.

Elle est une ancienne fille de maison publique. Elle a eu la syphilis à 22 ans, et fut soignée par des piqûres intra-musculaires, fessières. Elle présente actuellement un strabisme de l'œil droit. En outre existent des signes d'alcoolisme chronique : tremblement digital et lingual, zoopsies, cauchemars. Nous avons examiné cette malade à l'Infirmérie Spéciale où elle ne resta que quelques jours et nous n'avons pu lui faire ni Wassermann, ni ponction lombaire.

OBSERVATION XI. — Leg... Auguste, 54 ans, automatisme mental. Hallucinations psychiques. On lui parle sans cesse dans l'estomas. On lui a introduit dans la poitrine une machine qui parle, qui le fait cracher, qui trouble sa respiration, qui l'opprime en appuyant sur ses poumons comme un soufflet de forge, sur l'estomac, comme la trotteuse d'une montre. Conversations mentales continuelles. Les propos sont quelquefois agréables. On le renseigne, on le plaint.

Prise et répétition de la pensée, « même de l'arrière-pensée ». « Même quand il n'a pas achevé sa pensée, on le talonne jusqu'à ce que ça marche ». On embrouille sa pensée, on répète tous ses actes. Inhibition. On l'empêche de penser, de parler, d'écrire. Hallucinations psychomotrices. On l'a obligé d'écrire une lettre grossière au Procureur de la République, laquelle sur une demi-page il a répété la même grossièreté « tu m'fais ch... ». Stéréotypie verbale et graphique. Troubles cénesthésiques. On lui décolle les nerfs sur la tête et sur l'estomac.

Interprétations morbides peu systématisées. C'est une maladie scientifique. « C'est quelqu'un qui est dans la science ». Il voit des allusions dans les journaux. Mais il ignore qui a introduit la machine par la respiration. Pas de dispositions paranoïaques. Il a écrit au Procureur de la République pour se plaindre, parce qu'il souffre et pour qu'on fasse cesser ses souffrances.

La machine soufflant alternativement le chaud et le froid a donné une congestion à sa femme qui a été très malade.

Il ne se connaît pas d'ennemis, ne s'explique pas ce qui lui arrive. C'est bizarre. La machine lui donne des sensations pénibles, mais les voix sont quelquefois agréables à entendre.

Début des troubles psychiques il y a 7 ans.

Syphilis à l'âge de 22 ans, sans signes neurologiques actuels.

Alcoolisme chronique. Excès de boissons avoués. Visage vultueux. Tremblement digital. Hyperalgésie musculaire.

Taie de la cornée.

Emphysème, tachycardie, Clangor aortique. Un peu d'œdème de la jambe.

*Commentaires.* — Dans ces deux dernières observations nous insistons sur la quasi pureté du syndrome d'automatisme mental. Il n'y a que peu ou pas d'interprétations morbides, peu ou pas d'idées délirantes de persécution. Le syndrome est neutre. Si dans le premier cas (obs. X), la malade ne veut pas manger c'est parce qu'elle a honte de ne pas travailler. Si dans le second cas (Obs. XI) le malade a écrit au Procureur de la République, c'était sous l'action d'une hétéro-impulsion ou d'une hallucination psychomotrice, et non par ne querulence préméditée et réfléchie.

En outre nous signalons l'existence d'une syphilis qui a précédé à long intervalle l'apparition de l'automatisme mental.

OBSERVATION XIII. — Mme P..., 42 ans, est venue à notre consultation de l'hôpital Broussais le 12 décembre 1924 pour de la céphalée et de l'insomnie. Au premier examen, c'est l'état somatique qui attira d'abord notre attention. La malade était fatiguée, amaigrie et présentait une volumineuse adénopathie cervicale axillaire et crurale, constituée par des ganglions arrondis, roulant sous le doigt; les uns étaient gros comme un œuf de pigeon, les autres comme des pois. Il y avait des signes d'adénopathie trachéo-bronchique. La rate était grosse, palpable. La malade était pâle. Nous avons pensé à une lymphadénie et nous avons fait faire un examen du sang, qui, pratiqué par le Dr Bergeron à l'hôpital Boucicaut, donna les résultats suivants :

G. R. : 4.640.000.

G. B. : 13.600.

Formule leucocytaire : Poly. : 71.

Moy. mono. : 9.

Grands mono. : 4.

Lympho. : 15.

Eos. : 1.

La recherche du bacille de Koch dans les crachats fut négative. Mais le Wassermann du sang était *fortement positif*.

La malade, ancienne fille de maison, avait d'ailleurs

une syphilis remontant à 20 ans, mais bien soignée au moins au début. Elle avait fait une fausse couche. Il n'y avait aucun signe de syphilis cutanée. Les réflexes tendineux étaient vifs et égaux ; mais les réflexes pupillaires étaient très paresseux surtout à gauche (examen pratiqué à l'hôpital Cochin par M. le D<sup>r</sup> Cantonnet).

La ponction lombaire donna un liquide clair non hypertendu avec :

Albumine : 0 gr. 22.

Lymphocyte : 1 par mmc.

W : 0.

Nous avons donc pensé à une adénie d'origine spécifique avec une syphilis du névraxe éteinte et seulement indiquée par les réactions pupillaires. Nous avons prescrit un traitement spécifique. Or, au cours de l'interrogatoire la malade paraissait méfiante, réticente, inquiète. Elle finit par nous énoncer un *délire de persécution* classique avec un *automatisme mental* au complet.

Depuis 5 ans, elle était en butte aux persécutions de sa propriétaire. On l'injurait, on l'appelait par toutes sortes de nom : « putain, salope ». Les *hallucinations auditives* avaient pour thème surtout son ancienne situation de fille publique. On lui racontait des « boniments » ; elle entendait des kyrielles de mots « pour l'embêter ». Les *hallucinations olfactives* ne manquaient pas sous forme d'odeurs désagréables, de fumée, de gaz. Il y avait 5 ans qu'elle était intoxiquée par l'« oxyde de carbone ». En outre, on *prenait sa pensée*, on l'entendait, on la répétait. On pouvait agir sur elle. Elle avait des hallucinations psychiques : on lui parlait dans la tête. On la rendait malade : on avait aussi rendu malade son ami. Il avait dû entrer à l'hôpital. A la suite de tous ces ennuis, elle était allée à plusieurs reprises au commissariat de police. Elle avait écrit à l'Assistance publique à laquelle ses enfants avaient été confiés autrefois, qu'elle allait se tuer et qu'on prévint ses enfants. Comme elle avait l'impression que les gens qui passaient devant sa maison se moquaient d'elle, elle injuria un jour un externe de la consultation qui passait devant son logement voisin de l'hôpital Broussais. C'était le tableau classique de la psychose hallucinatoire chronique.

Elle revint nous voir régulièrement à la consultation. Elle fut soumise à un traitement intensif ; elle eut deux séries de Quinby ; deux séries de sulfarsénol qu'on dut arrêter car elle eut une éruption prurigineuse et un début de névrite arsenicale ; deux séries de cyanure de Hg. ; toutes



ces cures furent alternantes et quasi continues de décembre 1924 en août 1925. Dès le mois de février les adénopathies commencèrent à diminuer de volume. En même temps et assez vite la malade se calma. Il est vrai que sa propriétaire qu'elle rendait responsable des persécutions subies mourut en décembre et peu de temps après on procéda à la réfection de la cheminée d'où sortaient les gaz toxiques. Vers le mois d'avril l'état hallucinatoire disparut progressivement et quand nous avons revu la malade au mois d'octobre elle était apparemment guérie de sa psychose hallucinatoire.

Actuellement elle n'entend plus rien d'anormal. On a cessé de l'injurier. Elle n'a plus le sentiment qu'on lui prend la pensée. On la laisse tranquille. Elle se trouve très bien. Elle a partiellement conscience de la nature morbide de ses idées délirantes. Elle dit : « Alors, j'étais malade, j'étais folle ». Toutefois elle reste persuadée que sa propriétaire réellement l'injurait et voulait l'intoxiquer.

Elle a repris une vie normale et si elle est actuellement un peu déprimée c'est pour un motif légitime. Son propriétaire devenu veuf, irrité de ses récriminations et du scandale qu'elle fit l'an dernier, lui a dit ces jours-ci qu'elle devait chercher un nouveau logement car il avait l'intention de lui donner congé.

Au point de vue physique elle va bien. Elle a augmenté de poids. Les ganglions ont beaucoup diminué de volume. Il reste encore du côté gauche un chapelet jugulaire de petits ganglions durs, mobiles, gros comme de gros pois.

La réaction de Wassermann du sang est devenue négative.

*Commentaires.* — Dans cette observation le tableau était celui d'une psychose hallucinatoire apparemment chronique, en tout cas, datant de 5 ans, coïncidant avec une hypertrophie ganglionnaire, simple, diffusée, ressemblant à une adénie sans lymphadénie, et survenant chez une syphilitique ancienne dont le Wassermann était positif.

A la suite d'un traitement intensif il y eut disparition parallèle de l'hypertrophie ganglionnaire et des symptômes de l'automatisme mental, en même temps que le Wassermann du sang devenait négatif.

Sans doute on peut parler d'une coïncidence dans les conditions étiologiques et dans l'efficacité du traitement. Cette conjecture est possible ; elle ne nous paraît pas probable. Nous n'affirmons pas la guérison de la psychose hallucinatoire. Il s'agit peut-être d'une rémission. En tout

cas cette rémission nous paraît avoir été conditionnée par le traitement très intensif auquel la malade a été soumise.

Nous ne voulons point dire non plus que par un traitement spécifique on peut guérir une psychose hallucinatoire apparemment chronique et qui coïncide avec une syphilis plus ou moins ancienne. En règle générale, le traitement spécifique est sans action. En syphilis nerveuse comme en syphilis héréditaire (Hutinel) on atteint plus ou moins rapidement un seuil d'efficacité au delà duquel le traitement le plus intensif et le mieux conduit n'agit pas.

Mais dans le cas particulier que nous rapportons nous devons, sans vouloir résoudre des problèmes insolubles, noter deux faits :

1° l'apparition d'un syndrome d'automatisme mental avec idées de persécution au cours d'une syphilis viscérale en évolution.

2° la disparition du syndrome d'automatisme mental en même temps que des accidents viscéraux à la suite d'un traitement spécifique intensif.

Pour ceux qui, comme de Clérambault et comme nous, ne croient à la psychogénèse des maladies mentales en général et de la psychose hallucinatoire chronique en particulier, nous pensons qu'ils pourront trouver dans nos observations des arguments en faveur de l'origine organique du syndrome d'automatisme mental, noyau essentiel des psychoses chroniques.



## CONCLUSIONS

1° L'automatisme mental, noyau fondamental des délires chroniques, est d'origine organique (de Clérambault). Cette notion est conforme à la tradition anatomo-clinique de la médecine française. La pensée extériorisée et non reconnue qui est l'essentiel du syndrome peut être comparée à l'illusion des amputés.

2° Dans le syndrome d'automatisme mental doit prendre place le syndrome du devinement de la pensée que nous avons décrit et qui n'avait pas encore été signalé. L'existence de ce symptôme chez certains persécutés réticents permet de dépister l'automatisme mental plus ou moins dissimulé.

3° Au cours des tumeurs cérébrales et de l'épilepsie on peut observer des éléments ou tout l'ensemble de l'automatisme mental. Dans certaines tumeurs cérébrales la production d'une hallucination a la valeur d'une expérience. Dans certaines formes d'épilepsie la concordance des accidents comitiaux et de l'apparition de l'automatisme mental démontre le déterminisme du syndrome.

4° L'existence d'un automatisme mental plus ou moins complet et d'un délire plus ou moins systématisé au cours des affections syphilitiques du névraxe, notamment dans la paralysie générale, est une des preuves les plus démonstratives de la nature organique du syndrome.

Entre ce cas et celui où l'automatisme mental a été précédé à plus ou moins long intervalle d'une syphilis certaine sans signes neurologiques ni biologiques actuels, on trouve tous les intermédiaires, même celui où l'automatisme mental survenant en même temps que des accidents viscéraux chez un syphilitique, disparaît sous l'action du traitement en même temps que les accidents viscéraux concomitants.

---

# NOTES POUR SERVIR D'INTRODUCTION A L'ÉTUDE POSITIVE DES HALLUCINATIONS

Par le D<sup>r</sup> Henri BOUYER

---

## DES DEUX CONCEPTIONS DE L'HALLUCINATION

Il est presque impossible de s'entendre, aussitôt qu'élargissant l'enseignement de telle observation clinique, de tel cas particulier, on en arrive à discuter sur l'hallucination en général. Sans doute pareil désaccord doit procéder ici comme ailleurs du fait que l'extension du terme varie pour chacun ; mais, s'il ne s'agissait que de limites imprécises, il suffirait qu'on les fixât. L'opposition est en réalité beaucoup plus profonde car le même mot sert à exprimer deux idées différentes, deux points de vue très distincts, l'un et l'autre, semble-t-il, également légitimes, auxquels on passe tour à tour, entre lesquels on flotte en les confondant souvent. Ainsi des cliniciens peuvent décrire plusieurs variétés d'hallucinations tandis que des philosophes affirmeront d'une manière aussi valable que l'hallucination n'existe pas. Ou bien pour les uns on passera graduellement, par transitions insensibles, de l'image à l'hallucination considérée comme le grossissement d'un phénomène normal ; pour les autres, au contraire, il y aura cloison étanche, solution de continuité entre les deux domaines, le second restant spécifique et bien délimité. Depuis la célèbre discussion de 1855-56 à la Société Médico-psychologique (1), le même désaccord qui séparait Baillarger, Sandras, Michéa, Ad. Garnier, Castelnau, Parchappe de leurs collègues Peisse, Buchez, Maury, Delasiauve, Brierre de Boismont, persiste, plus ou moins voilé,

---

(1) Voir A. M.-P. 1855, t. I, pp. 527 et 528 ; t. II, pp. 126, 134, 281, 292, 385, 390 et 428 (Soc. méd.-psych. : séances des 26/2, 30/4, 29/10, 10/12, 31/12 1855, 28/1, 25/2, 31/3, 28/4 1856).

entre les auteurs. Qu'on lise à ce sujet l'article tout récent de M. Revault d'Allonnes (1) en réponse à M. Quercy (2) ; bien que les conclusions de ces pénétrants psychologues soient au fond très voisines (et nous aurons l'occasion d'y revenir), on sent que chacun d'eux, sous un terme identique, enveloppe une idée différente, le premier pensant avec Bergson l'hallucination vraie, le second les hallucinations des malades. Il est indispensable de préciser clairement le bien-fondé des deux conceptions du phénomène, conceptions en un sens irréductibles (car chacune a ses droits d'ordre spécial que l'autre ne saurait détruire, n'étant pas sur le même plan), mais réconciliables peut-être dans une certaine mesure.

a) La première idée de l'hallucination est l'idée théorique, la définition *a priori*. De quelque façon qu'on l'exprime, elle est rigide et nette. La formule « perception sans objet » a conquis les suffrages et nous voulons bien, avec M. Ducosté (3) qui l'admire, en dépouiller le Professeur Ball pour en rendre à Morel (4) la priorité. Celle d'Esquirol, moins concise et, l'on verra pourquoi, plus prudente, nous semble préférable : « *conviction intense* d'une sensation actuellement perçue alors que *nul* objet extérieur propre à exciter cette sensation n'est à la portée des sens ». Là résident essentiellement, et sans qu'on y puisse rien changer, les caractères de l'hallucination théorique. Mais n'est-ce bien qu'une idée théorique, isolée de la sorte, comme le voulait Morel, « pour la seule facilité des études » ? Elle ne saurait être alors qu'arbitraire et provisoire, simple grille destinée à permettre la lecture des réalités trop complexes ; il faudrait ensuite la « laisser tomber », tels ces instruments dont la valeur est toute relative à l'usage pour lequel ils furent conçus. Prenons garde. Pareille définition nous reste

---

(1) L'hallucination. A. M.-P., janv. 1926.

(2) Remarques sur une théorie bergsonienne de l'hallucination. A. M.-P., oct., 1925.

(3) Sur un cas de syndrome sympathique (Soc. clin. de méd. ment., 15 déc., 1919).

(4) *Etudes cliniques* (1853), t. II.

imposée par autre chose qu'un besoin liminaire de précision ; elle correspond à une idée très générale et très profonde, si générale et si profonde qu'une enquête auprès d'individus tout à fait étrangers aux sciences psychologiques en révèle chez eux l'existence. « Une erreur des sens qui ne se fonde pas sur un fait extérieur », « la certitude d'une chose qui n'existe pas du tout », telles sont les notions de l'hallucination faciles à dégager chez n'importe quel esprit d'une culture suffisante (1) ; elles distinguent aussi bien que la conception d'Esquirol les phénomènes hallucinatoires de l'illusion et du délire ; elles en soulignent les trois caractères essentiels : conviction, objectivité, création totale. C'en serait assez pour imposer au spécialiste le devoir d'en tenir compte ; un terme si répandu ne peut devenir son monopole afin que, sans avis préalable, il s'avise indûment d'en détourner le sens. Mais il y a plus. L'idée de quelque chose de spécifique et très déterminé exprimé par le mot hallucination n'est point générale par hasard ; elle a son fondement dans le bon sens, véritable métaphysique intuitive dont nous sommes tous pourvus. La conception théorique du terme est en même temps une conception philosophique. Un esprit créant de toutes pièces, un esprit faisant « ex nihilo » son monde extérieur, voilà qui constitue un phénomène bien particulier, bien différent de n'importe quel autre. L'illusion, c'est la broderie, la déformation, l'interprétation hasardeuse ou précipitée ; mais l'hallucination n'a point avec elle de commune mesure ; elle ne saurait impliquer ni la même nature ni le même sens. On ne dit point d'ailleurs *a priori* qu'elle existe forcément mais qu'elle est posée par la pensée d'une manière légitime et définie, sans confusion possible.

Il ne faut rien ajouter, remarquons-le, aux exigences inviolables de cette idée naturelle. C'est pourquoi la formule de Morel et de Ball, si simple en apparence, nous semble néanmoins trop dire. On peut fort bien poser l'hallucination sans recourir à la notion de perception

---

(1) Il faut en effet les « dégager » par une sorte de maïeutique socratienne mais on s'apercevra qu'elles sont nettement présentes. Notre enquête personnelle fut très démonstrative à ce sujet.

qui la complique. Croire fermement éprouver une sensation actuelle ne suffit peut-être pas à percevoir mais cela suffit « si nul objet extérieur apte à provoquer une telle sensation n'excite alors les sens » à satisfaire l'idée théorique ou philosophique de l'hallucination.

b) La seconde conception a beau partir plus ou moins de la première, elle se révèle, une fois formée, toute différente. C'est celle du spécialiste, psychiatre ou psychologue, après l'examen des faits. Il ne s'agit plus de l'hallucination mais *des* hallucinations. Leurs limites sont instables et mal précisées. Elles obéissent en somme à la critique de chacun sans qu'il semble s'y attacher beaucoup d'importance, pourvu toutefois qu'on se comprenne. Comme l'écrivait Ball, « il est parfois impossible de dire où finit l'illusion, où commence l'hallucination » (1) et, pour peu que l'une et l'autre paraissent relever des mêmes conditions, il devient naturel d'appeler hallucination toute illusion un peu grosse. Mais la plupart des auteurs ne prennent point le scrupule de définir ainsi leur vocabulaire. On décrit des hallucinés innombrables : visuels, auditifs, gustatifs, olfactifs, psychiques, psycho-moteurs, cénesthésiques, de la sensibilité générale. Autant de troubles particuliers dont la forme est assez bien rendue par les termes qu'on leur applique pour que ces termes les reconstituent dans l'esprit d'autres spécialistes ; cela devient une étiquette pratique, un nom conventionnel permettant de rester dans la « clinique pure » et de s'entendre à peu de frais. Mais que devient en tout cela l'idée générale d'hallucination dont on s'écarte de plus en plus, que de plus en plus on déborde ? Peu nous importe, répondront les spécialistes ; cela n'est pas notre affaire ; nous étudions des symptômes, nous les dénommons comme bon nous semble de manière à les dépeindre tels qu'ils sont. Pour cela le mot hallucination, pris dans un sens assez large, est commode, suffisamment précis lorsqu'on y ajoute un déterminant spécifique. N'aurait-on pas le droit d'avoir une conception empirique des hallucinations ?

---

(1) B. BALL. — *Leçons sur les maladies mentales*. Asselin, éd., Paris, 1880-1883, p. 64.

Pareil droit reste en effet hors de doute et nul ne contestera la légitimité d'une idée générale d'origine concrète résumant la commune analogie de phénomènes particuliers, sans qu'il soit besoin pour cela que ces phénomènes soient parfaitement purs ni parfaitement limités. Mais, puisque le psychiatre garde le terme inaliénable en lui faisant désigner tout autre chose qu'à l'origine, on doit lui demander compte de son emprunt. Y a-t-il des hallucinations ? interrogeait le philosophe. Il entendait par là des créations objectives de l'esprit, non point *post nihilum* mais absolument *ex nihilo*. Libre au spécialiste de ne pas répondre, de décrire sous le terme qui lui convient des phénomènes particuliers plus ou moins analogues mais qui ne sont peut-être que des interprétations d'une fantaisie extrême ou de formidables illusions. Soulignerait-il à chaque emploi d'une manière précise la nouvelle signification donnée, c'est un gros péril de garder le même vocable sous un point de vue relatif et contingent. Ce vocable demeure trop lourd de son sens originel. En vain le savant empiriste se vantera-t-il d'y échapper ; à chaque instant il y revient comme on le peut voir par le compte rendu des sociétés cliniques où la philosophie n'est jamais absente. Quercy l'a fort bien constaté : « Il s'en faut de beaucoup, écrit-il, que le psychiatre puisse se passer de métaphysique (1). » Le psychiatre a cru s'affranchir ; tout au contraire, il s'est enchaîné. Un Taine lui reprendra l'idée d'hallucination, rétablie cette fois en son acception première et même, avons-nous vu, plus absolue qu'il ne fallait, mais il lui fera correspondre les phénomènes étiquetés ainsi. « Voilà donc, dira-t-il, des perceptions sans objet. La perception n'est rien de plus qu'une hallucination vraie, création aussi mais qui s'accorde avec celle des autres, qui ne vous trompe pas. » Du coup, la réalité s'effondre et l'idéalisme empirique triomphe sur cet équivoque. La plupart des « purs cliniciens », complices d'une telle victoire, n'y reconnaîtront point leur œuvre. Beaucoup même feront remarquer combien « leur » hallucination diffère de la perception, que c'est un phénomène toujours plus ou

---

(1) QUERCY. — (Art. cité).



moins relatif, toujours plus ou moins impur. « L'hallucination, disait déjà Christian (1), n'est ni la perception normale ni la représentation mentale, elle est quelque chose d'autre et qui diffère de ces deux opérations psychologiques (1) ». Il n'importe. Le terme exerce à tel point son empire que ceux-là mêmes qui s'en servent en connaissance de cause ne seront pas les derniers à s'y laisser prendre. Entre les deux conceptions, philosophique et pratique, des phénomènes hallucinatoires, il semble inévitable de confondre.

c) Que devons-nous donc faire pour réduire au minimum, si l'on ne peut le supprimer, ce risque perpétuel d'équivoque ?

La solution la plus radicale semblerait être une cloison étanche entre les deux domaines : celui du métaphysicien et celui du savant. Mais nous avons fait remarquer après Quercy l'inaptitude du psychiatre à se passer de philosophie. En outre, depuis Bergson, la métaphysique n'est plus simple affaire de raison raisonnante, de syllogismes ou d'intuition pure ; elle tend à devenir positive, à se fonder sur des faits précis. Le splendide isolement du spécialiste ne saurait être qu'une méthode provisoire de travail le confinant dans son point de vue relatif et partiel. Et nul ne pourrait avoir la prétention de lui imposer un autre mot que celui dont il s'est servi depuis plus d'un siècle pour désigner un certain ordre de phénomènes. Evitons-nous le ridicule des néologismes quand nous n'avons trouvé rien de nouveau. Ils sont pédantesques et stériles.

Sacrifier l'une des deux conceptions, c'est, nous l'avons vu, impossible. Encore est-il permis de comparer leurs avantages et leurs inconvénients respectifs. La seconde est d'un usage commode mais trop vague, trop imprécise. La première est beaucoup plus nette, mais trop absolue, trop schématique ; cependant, par droit de priorité, le terme « hallucination » devrait lui appartenir.

Eh bien, nous avons dit tout à l'heure que le philo-

---

(1) CHRISTIAN. — Article *Hallucination* in « Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales ».

sophe posait une question. Libre au spécialiste, ajoutez-nous, de ne pas répondre. Mais nous lui supposons alors la faculté d'étiqueter d'un autre mot son idée empirique ; ayant refusé de la prendre, incapable aujourd'hui d'en user, il n'est plus libre. Il doit répondre clairement avant toute autre chose à l'interrogation qu'il fait sienne puisqu'elle est son point de départ. Y a-t-il des créations objectives et totales de l'esprit entraînant la même conviction qu'une sensation véritable ? Non, dira peut-être le spécialiste après l'examen des faits. Ce non est indispensable. En vain tenterait-on de l'éluder comme le fait M. Revault-d'Allonnes (1). Ce distingué psychologue le prononce tout de même implicitement. Il suffit d'un rien de sensation vraie, dit-il, pour former une hallucination (au sens clinique). Mais un rien, si petit soit-il, est toujours quelque chose et dès lors qu'un tel appoint se révèle nécessaire, on doit y voir l'un des caractères essentiels du phénomène, lequel ne serait donc plus une création *ex nihilo*. Cela bien précisé, l'on aura le droit d'ajouter : Si l'hallucination n'est qu'une idée théorique dont la vérification certaine parmi les phénomènes réels demeure impossible, quelques-uns de ces phénomènes semblent y tendre et s'en rapprocher ; très différents de tous les autres (illusion, interprétation fausse), ils impliquent une part de construction grandement prédominante ; d'un seul coup, sans intuition, sans raisonnement intercalaire, l'esprit a la conviction d'une réalité extérieure dont rien d'analogue n'existe au dehors. C'est une hallucination « apparente » et l'on peut s'entendre avec le minimum de dommage pour l'appeler « à la limite » hallucination. Ainsi le mathématicien s'octroie le droit de traiter en circonférence un polygone régulier dont le nombre des côtés devient incalculable. Pareilles tricheries sont nécessaires afin que les sciences progressent. Encore importe-t-il de les réduire autant qu'on peut. S'il est vrai qu'en pratique les frontières soient indistinctes entre l'illusion et l'hallucination apparente, une hallucination ne pourrait être qu'une illusion tendant pour ainsi dire

---

(1) REVAULT-D'ALLONNES. — (Art. cité).

vers l'infini. Tout phénomène réductible à une simple illusion, fût-elle considérable, doit être absolument distrait de l'hallucination. De même tout phénomène qui n'implique pas la conviction immédiate et positive de la présence actuelle d'un objet extérieur : soit que le raisonnement, explicite ou non, semble intervenir (car alors il s'agit d'une interprétation fausse), soit que la localisation hors du moi reste douteuse (car alors il s'agit d'une image). Le fait, par exemple, de se croire inspiré, mu par une force étrangère, comporte en réalité deux temps indispensables : d'abord la méconnaissance d'une partie de sa propre activité : « Ce n'est pas moi qui pense, qui parle, qui agis », puis l'attribution à un autre : « C'est Dieu, c'est la T. S. F., c'est un magnétiseur... » L'objet ne *s'impose* nullement d'une manière immédiate ; mais le sujet le *pose* par besoin d'explication et sans caractère sensible déterminé ; la donnée première est d'ordre négatif. Sans doute le raisonnement demeure-t-il souvent implicite ; peu importe ; il y a raisonnement, ce qui apparente le phénomène à l'interprétation fausse et le distrait tout à fait de l'hallucination. De même, quand le siège inaccessible des sensations accusées par le sujet ne permet point qu'on vérifie la présence ou l'absence d'un excitant véritable, il importe, jusqu'à nouvel ordre, de ne point grossir le fait et de ne voir là qu'une illusion. On parlera donc simplement d'illusions cénesthésiques. Il est enfin certains sens aux organes trop peu mobiles, aux renseignements trop sommaires pour inspirer la conviction d'une réalité hors du moi ; sur leur témoignage on ne peut tabler suffisamment et l'hallucination olfactive ou gustative par exemple reste incapable de se distinguer d'une image très vive.

Donc, pas d'autres hallucinations légitimes que les hallucinations sensorielles et parmi celles-ci point d'autres hallucinations discernables que celles de l'ouïe, de la vue et du toucher actif. Ainsi le domaine pratique de l'hallucination va-t-il beaucoup se rétrécir. « Peut-être n'est-ce pas un des moindres progrès de ces dernières années que d'en avoir restreint l'éten-

due », font remarquer M. Colin et R. Mourgue (1) ; ils rappellent d'ailleurs que déjà Baillarger dans son mémoire célèbre (2) distinguait complètement de l'hallucination ce qu'il nommait pourtant « hallucinations » psychiques. Ségla appelle encore les phénomènes qu'il a si bien décrits (3) « hallucinations » psycho-motrices. Mais la plupart des cliniciens éprouvent aujourd'hui le besoin de mieux marquer la différence ; d'où l'expression « pseudo-hallucinations » dont l'usage se répand quand il n'y a pas sensorialité et spatialité immédiate. Ou bien on parlera de représentations vives, d'interprétations fausses, de grosses illusions. Une telle discipline est indispensable. Il n'est pas, croyons-nous, de meilleure manière de concilier les deux idées légitimes et distinctes d'un phénomène qui devrait être le même, qui se présente sous un même nom : ne rien ajouter à l'une et clairement restreindre l'autre afin qu'elles « tendent » à coïncider. Sans doute demeure-t-il encore une marge d'équivoque puisqu'au demeurant elles ne coïncident pas. Néanmoins, l'écart étant bien réduit et la conscience en étant prise, les inconvénients se feront peu sentir. Le spécialiste aura le devoir, puisqu'il philosopherait sans y penser quand il traitera d'hallucinations, de philosopher en y pensant. Après son analyse clinique, il recherchera en quoi les phénomènes qu'il a décrits se rapprochent ou s'écartent de la conception théorique dont il lui fallut d'abord faire l'emprunt. Faute de quoi, les nombreux travaux sur ce chapitre ne pourront jamais être synthétisés ni approfondis.

#### LES HALLUCINATIONS ET LA CRITIQUE DU TÉMOIGNAGE

Beaucoup de vérités banales ne sont pas d'un rappel inutile. Il est par exemple évident que, hors les cas possibles (mais non réalisés, croyons-nous) d'halluci-

(1) Sur les pseudo-hallucinations chez deux déliants mystiques. (*Soc. méd.-psych.*, 25 juin, 1917. A. M.-P., oct., 1917).

(2) Des hallucinations, des causes qui les engendrent et des maladies qu'elles caractérisent. (*Mémoires de l'Académie de Médecine*, 1846, t. XII, p. 273).

(3) *Leçons cliniques sur les maladies mentales* (1887-1894).

nations collectives, l'hallucination n'est observée directement que par un seul sujet qui la subit. Avant de la rapporter comme un fait, le clinicien aura le devoir de critiquer les témoignages avec beaucoup de soin selon les règles précises de la méthode historique. Plusieurs auteurs le comprennent et d'aventure en disent un mot, mais il ne semble pas que cette nécessité soit approfondie et qu'on en saisisse toujours l'importance. Aussi la littérature psychiatrique s'encombre-t-elle de cas incertains ou suspects et même quelquefois d'une si grande invraisemblance qu'on y pressent de suite l'erreur. La prudence du savant devrait pourtant égaler celle du juge et, comme celui-ci ne rend son arrêt que sur des preuves flagrantes, la conscience de celui-là réclame la même circonspection avant de statuer. Si l'on dépouille les observations d'hallucinés publiées au XIX<sup>e</sup>. siècle, on s'aperçoit combien cette lacune est regrettable. Depuis quelques années seulement, la critique semble en éveil. Jusqu'alors les auteurs de manuels se repassaient les mêmes relations, fort pittoresques sans doute, mais, lorsqu'on remonte à leurs sources, à peu près dénuées de valeur. Tout un fatras de faits soi-disant classiques exige qu'on les confirme ou, mieux peut-être, qu'on s'en débarrasse entièrement. Le renouvellement s'en fera vite avec beaucoup d'avantages, pourvu que la méthode soit désormais irréprochable. Elle est d'ailleurs bien facile : il suffit de sérier les cas.

a) D'abord le cas le plus sûr, malheureusement assez rare, où l'on éprouve soi-même l'hallucination, seule manière possible d'en être un véritable témoin. Encore les causes d'erreur ne sont-elles pas absentes. On ne décrit point le phénomène quand il a lieu mais d'après le souvenir qu'il laisse. Que peut valoir ce souvenir ? Notre conscience était-elle assez claire pour avoir enregistré les faits sans déformation ? Notre affectivité, par crainte ou désir subconscient, ne nous trompe-t-elle pas après coup ? Suivant nos buts, notre tournure d'esprit, nos tendances professionnelles ou personnelles, nous sommes portés à grossir tel ou tel point, à effacer ou diminuer tel autre. Les auto-observations d'un psychologue tel que Maury écri-

vant un ouvrage d'ensemble sur le sommeil et les rêves, recherchant donc instinctivement des faits pittoresques, ne sont pas si démonstratives que celles de médecins comme Sandras et Kandinsky rapportant les phénomènes, si l'on ose dire, sous la pression directe de ceux-ci.

b) Vient ensuite le cas, favorable encore, où l'on observe directement le sujet pendant la production du phénomène. Mais ici nous n'en voyons que les conséquences portant sur la mimique, l'attitude, les gestes, les paroles prononcées. Traduction symbolique en somme, interposant entre nous et ce qui pourrait être une hallucination tout le mécanisme psycho-moteur d'un sujet ordinairement atteint de troubles mentaux. Quand l'intégrité de l'expression émotionnelle semble maintenue, on peut, sans crainte de grosses erreurs, interpréter réactions et langage comme on le ferait chez l'homme normal. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Nous connaissons bien la « discordance », non seulement des déments précoces ancien style, mais de certains confus dont la mimique ne correspond plus en rien à ce qu'elle nous paraît traduire. Discordance et automatisme vont généralement de pair. Aussi la constatation de rires non motivés, de tics, de grimaces, de soliloques dénués de sens enlèvera-t-elle toute valeur démonstrative à ce qui nous semblerait à d'autres moments chez le même sujet, révéler un phénomène hallucinatoire.

Il y a plus. La correspondance entre le fait psychique et sa traduction corporelle fût-elle intacte, on doit observer beaucoup de prudence lorsqu'on opère l'intégration. L'individu qui « regarde » les yeux fixes et grand ouverts, celui qui « écoute », immobile et l'oreille tendue, n'indiquent point par là qu'ils croient réellement entendre ou voir. Quercy, qui a fait faire de grands progrès à la critique des hallucinations (de même que Gelma, Blondel, Flournoy, Rulf, Krueger, Bertschinder, Halberstadt, etc...), cite à ce sujet des aveux bien suggestifs (1). Nous avons la même attitude

(1) QUERCY. — De la mimique hallucinatoire et du diagnostic de l'hallucination auditive verbale. (*Soc. méd.-psych.*, 27 déc. 1920 ; *A. M.-P.*, janv., 1921).

quand nous percevons et quand nous évoquons avec intensité une image sensorielle tout intérieure. Pour mieux raviver notre souvenir, il arrive que nous le projetions « en esprit » vers tel point de l'espace. On nous verrait alors considérer ce point et peut-être manifester des réactions affectives comme en présence d'un spectacle vrai. Chacun peut aussi, au cours d'une délibération sérieuse avec lui-même, être assez absorbé par sa propre pensée formant une image verbale pour y répondre à voix haute avec gestes à l'appui. Mais l'observateur se tromperait fort qui concluerait à des phénomènes hallucinatoires. Il est indispensable de contrôler l'interprétation qu'on a pu faire des signes extérieurs présentés par le sujet en obtenant de lui des déclarations précises.

c) Ces déclarations ont donc plus de valeur que l'observation pendant le phénomène. Elles en ont néanmoins davantage quand elles s'y joignent, surtout quand elles ont lieu immédiatement après. Il faut encore distinguer le cas où elles sont spontanées et celui plus fréquent où on ne les obtient que par un interrogatoire. Ici les périls sont nombreux. Plusieurs auteurs y ont pris garde et les signalent (1). Une des principales difficultés est de ne point suggestionner le malade en le questionnant. On doit, sans se contenter d'une seule réponse, renouveler la demande quelque temps après en des termes différents, sous une forme tantôt positive et tantôt négative. Les déclarations écrites ont moins de valeur car elles exposent à l'exagération, à la recherche, sous l'attrait du « beau style ». Il sera bon de ne point sembler attacher trop d'importance aux caractères essentiels de l'hallucination vraie quand on voudra les découvrir. On peut recommencer l'interrogatoire, soit le lendemain, soit quelques jours plus tard afin de voir si les dires du malade sont toujours identiques. L'examen successif

---

(1) Voir entre autres E. GELMA. — « Les hallucinations auditives sont-elles entendues par les malades comme des sons perçus par un sujet normal ? » (2<sup>e</sup> fascicule des travaux de la clinique psychiatrique de Strasbourg, 1923). Cet auteur recommande de choisir des malades intelligents, instruits, lucides, bien orientés, de leur poser un minimum de questions, etc...

par deux ou plusieurs observateurs agissant indépendamment, sans communiquer l'un avec l'autre avant leurs conclusions, donnerait à celles-ci, au cas où elles concorderaient, une force très supérieure.

Mais les déclarations d'un aliéné doivent être soumises, quoi qu'il en soit, à une critique fort sévère. Rien de plus évident que cette assertion et nul psychiatre ne l'oublie quand il s'agit d'obtenir un renseignement d'ordre juridique ou moral. Aussi paraît-il étrange que la prudence, très en éveil sur ces matières, ait si souvent l'air de défaillir dans le domaine purement clinique. Tel malade se dira criminel et l'on n'en croira rien mais prétendrait-il voir Dieu « comme je vous vois », entendre ses ennemis « comme je vous entends », gageons que plus d'un clinicien ne songerait pas même à douter. Combien délicate cependant l'interprétation d'un tel témoignage ! Dans la confusion mentale où l'on peut observer si souvent l'attitude et la mimique hallucinatoires, les déclarations immédiates seront absentes ou d'une extrême imprécision. Dans la démence et la débilité profonde, l'individu suggestible, inapte à l'analyse de ses impressions et symptômes, est un témoin à récuser. Dans les délires systématisés, la déclaration d'hallucinations pourrait être également délirante (1) et c'est là le plus grave péril. Mais où l'insuffisance de la critique est quelquefois stupéfiante, c'est dans les observations de mythomanes. Le malade expose un tissu abracadabrante d'idées mégalomaniaques, érotiques ou mystiques ; de toute évidence il fabule ; il narre des faits invraisemblables que l'on écoute en souriant ; il déposerait devant un tribunal que le dernier des magistrats se refuserait à consigner sa déposition ; une société clinique lui forme un aréopage qui secrètement le flatte et le stimule à broder, car on sait bien qu'un tel sujet garde au plus haut point le désir d'être « intéressant ». En bonne critique, il ne mérite alors aucune espèce de créance lorsqu'il décrit ses visions ou ses auditions. On constate pourtant ce

---

(1) QUERCY. — (Dernier article cité) signale en propres termes ce délire d'hallucination, beaucoup plus fréquent qu'on ne le croit,



fait incroyable : tout un auditoire d'excellents psychiatres, d'ordinaire circonspects et méfiant, accepte sur ses dires de l'étiqueter halluciné, de transposer des conceptions vraisemblablement imaginaires en réalités vécues. Ce phénomène a lieu surtout quand il s'agit d'un délire mystique (1) et l'on en pourrait chercher ici les raisons profondes si pareille étude ne risquait pas de nous entraîner trop loin. Elle est d'ailleurs faite d'un autre point de vue mais très judicieusement par J. Maréchal (2). Entre un paralytique général, s'affirmant propriétaire d'immenses richesses, et M. André Citroën par exemple, on n'établit point de commune mesure, mais on compare à sainte Thérèse une débile mentale fabulante, puérilement absurde, exposant avec complaisance les spectacles divers dont elle prétend jouir !

Quand les faits sont éloignés dans le temps, les souvenirs ont beaucoup plus de chances d'être altérés par l'oubli, déformés par l'imagination qui supplée aux lacunes en ajoutant des détails de son crû. En résumé tout sujet déclarant avoir éprouvé des phénomènes qui présentent les caractères de l'hallucination vraie doit être critiqué au triple point de vue de la mémoire, du jugement et de la sincérité.

d) On ne peut tout observer par soi-même et l'obligation nous incombe de rechercher les faits rapportés par d'autres auteurs. Ici le travail de critique devient double : d'abord critique du sujet comme au cas précédent, rendue plus difficile par l'impossibilité d'examiner et de savoir ce que nous voudrions ; néanmoins, si l'observation est complète, si l'histoire du cas clinique est bien transcrite, si l'état mental est approfondi, tout lecteur attentif a la faculté de se faire une opinion valable. Mais on doit aussi critiquer le témoignage de l'auteur. Est-il vraiment compétent ? L'ignorance de

---

(1) Voir à ce sujet la plupart des présentations de mystiques délirants dans les sociétés cliniques mais notamment celle de Juquelier et Fillassier « Délire mystique et ambitieux chez une débile ». (*Soc. clin. de méd. ment.*, 15 mai 1911).

(2) *Études sur la psychologie des mystiques*. 1 vol., Boyaert (Bruges) et Alcan, édit., 1924. (Analysé par J. Lhermitte. *Encéphale*, 1924).

certains traits du caractère des aliénés, des conditions nécessaires pour qu'un phénomène puisse être dit hallucinatoire, l'absence de méthode scientifique dans l'examen en fausseraient gravement les résultats. Est-il sincère ? La plupart du temps il ne saurait être question d'insincérité volontaire et ce serait faire injure à d'honnêtes esprits que de les en soupçonner. Mais il existe souvent une tendance profonde, un obscur désir de vérifier une théorie qui nous est chère, d'atteindre un but, de clarifier et de simplifier, toutes dispositions pouvant malgré nous altérer plus ou moins la relation des faits. On est aveugle pour certains détails ; suivant l'ingénieuse expression des psychanalystes on a des « scotomes » et d'autres points du tableau sont au contraire exagérément grossis. Méfions-nous du silence systématique ou au contraire de l'insistance continuelle d'un auteur sur tel chapitre. Méfions-nous du pittoresque, des faits groupés dans un travail trop démonstratif, trop littéraire ou trop uni. Tâchons de découvrir le caractère de l'auteur, celui de son époque, de préciser les cadres et les idées directrices qui le guidaient. On sait qu'un témoignage a d'autant plus de valeur qu'il est en désaccord avec les habitudes et la tournure d'esprit de celui qui le dépose et qu'il ne paraît lui servir en rien. Le style impersonnel, l'impression d'indifférence et de circonspection à l'égard de ce qu'on rapporte permettent de tenir pour sérieux le compte rendu d'un phénomène observé.

e) Restent enfin les observations rapportées en deuxième ou troisième main sans référence d'origine. Ne pouvant guère être critiquées, elles sont à peu près sans valeur et nous avons dit qu'il serait judicieux de se débarrasser une fois pour toutes de ces relations pittoresques, remontant à une époque fort ancienne et dont les auteurs usent tour à tour sans y pouvoir ajouter rien d'analogue, plus récemment et plus soigneusement observé.

---

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

SÉANCE DU LUNDI 29 NOVEMBRE 1926

Présidence : M. SOLLIER, Président

MM. Collet, Rayneau, Abély, Beaudouin, Santenoise, Petit, Mme Minkowska, membres correspondants, assistent à la séance.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — La correspondance comprend :

Une lettre de M. le D<sup>r</sup> Guiraud, secrétaire, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

Une lettre de M. le D<sup>r</sup> Logre qui pose sa candidature à la place vacante de membre titulaire. Commission : MM. Trénel, Mallet et de Clérambault.

Une lettre de M. le D<sup>r</sup> Heuyer qui demande à faire partie de la Société à titre de membre correspondant. Commission : MM. Semelaigne, Colin, de Clérambault, rapporteur.

Une lettre de M. le D<sup>r</sup> Bouyer qui pose sa candidature au titre de membre correspondant. Commission : MM. Marchand, Trénel et Leroy, rapporteur.

Une lettre de M. le D<sup>r</sup> Bersot qui pose sa candidature au titre de membre associé étranger. Commission : MM. Claude, Colin, Legrain, rapporteur.

M. le Secrétaire général rend compte des travaux de la commission chargée de préparer la commémoration du centenaire de la mort de Pinel.

M. le Président fait part à la Société de la mort de Mme Lemercier, surveillante en chef du pavillon de chirurgie de l'asile Ste-Anne, tuée par un aliéné dans des circonstances particulièrement tragiques. Il adresse au nom de la Société ses condoléances à la famille de la victime et rend hommage au dévouement du personnel des asiles.

*Rapport de Candidature*

M. René CHARPENTIER. — Messieurs, ayant déclaré vacante une place de membre titulaire de notre Société, vous avez, dans votre dernière séance, désigné une Commission, composée de MM. Pactet, Seme-laigne, René Charpentier, rapporteur, chargée d'étudier et de vous exposer les titres des candidats.

Le Docteur Paul Courbon, médecin en chef de l'Asile de Vaucluse (Seine-et-Oise) se présente seul à vos suffrages. Ancien externe des Hôpitaux de Lyon (1900), ancien interne des Asiles de la Seine (1904), M. Paul Courbon est, depuis 1906, docteur en médecine de l'Université de Lyon devant laquelle il soutint une thèse très remarquée, intéressante *étude psychiatrique sur Benvenuto Cellini*, dont les conclusions ont été adoptées par le Dr Averenghi, de Florence, auteur d'un travail ultérieur sur le même sujet.

Médecin des asiles publics d'aliénés depuis 1907, le Dr Paul Courbon a exercé ces fonctions sans autre interruption que celle de ses services de guerre, et successivement à Saint-Venant, Rennes, La Charité-sur-Loire, Amiens et Stephansfeld. Il fut le premier médecin du cadre des asiles publics à renouer après la victoire, à l'asile du Bas-Rhin, la tradition des psychiatres français. Sa connaissance de la langue locale et son savoir firent de lui un conseiller très écouté. Il fut désigné comme médecin-inspecteur de la Colonie pénitentiaire d'Haguenau, médecin légiste auprès du Tribunal de Strasbourg, médecin expert en psychiatrie et en neurologie du Centre de Réforme de Strasbourg, délégué régional pour l'Alsace de la Ligue de prophylaxie et d'hygiène mentales.

Pendant la guerre, notre collègue fut successivement médecin du 6<sup>e</sup> régiment d'artillerie de campagne, puis du 66<sup>e</sup> bataillon de tirailleurs sénégalais. Il fut aussi médecin traitant au Centre des psychonévroses du Gouvernement militaire de Paris et au Centre neurologique de la 14<sup>e</sup> région où il rendit les plus grands services. Il est actuellement médecin-major de 2<sup>e</sup> classe.

Dès 1909, lauréat de la Société médico-psychologique, dont il est membre correspondant depuis le

18 décembre 1916 à la suite d'un rapport de M. Ritti, M. Paul Courbon est également membre correspondant de la Société Clinique de Médecine mentale, de la Société de Neurologie de Paris et de la Société de Psychiatrie de Paris.

Ses travaux scientifiques sont trop nombreux et trop connus de nous tous pour que je puisse même tenter d'en donner ici l'énumération. Tous portent la marque de son esprit original et observateur, de sa connaissance des malades, de sa grande érudition et de sa culture générale. Ecrits en une langue imagée dont la correction égale la clarté, ils représentent un labeur considérable. L'auteur traite avec la même compétence les sujets de Psychiatrie, de Neurologie, de Psychologie, d'Assistance, de Thérapeutique, de Médecine légale et d'Histoire de la Médecine. La Séméiologie des maladies mentales lui doit des études très nombreuses sur les interprétations délirantes, l'hallucination téléalgésique, l'hallucination verbale, les troubles cénesthésiques, l'indifférence affective, les altérations de la mémoire dans les états démentiels, la réticence, le radotage, le ridicule, la mise des aliénés, la malpropreté, l'onanisme, les stéréotypies, les états mixtes, les états psychopathiques atypiques, la conscience de l'état morbide dans les psychoses, les troubles mentaux de l'encéphalite épidémique, le puérilisme mental et les états de régression de la personnalité, les faux délires, l'automatisme ambulateur, etc. Ces travaux ont abouti, avec la collaboration de notre président, M. Sollier, à la publication d'un volume de *Pratique séméiologique des Maladies mentales*, livre excellent destiné à guider l'étudiant et le praticien et qui dépasse singulièrement son but.

Beaucoup d'autres travaux psychiatriques mériteraient d'être rappelés ici tels que, par exemple, ceux concernant les anomalies psychiques de l'enfance, la débilité mentale, l'hystérie, le délire de préjudice présénile, la psychose maniaque-dépressive, la démence précoce, la schizophrénie, les constitutions psychiatriques, les psychoses post-traumatiques; la psychanalyse, les mentalités paradoxales, etc.

M. Paul Courbon a publié des études très intéressantes sur la *neuro-psychiatrie de guerre*. Si la place dont je dispose ne me permet pas de les citer toutes, vous avez présent à l'esprit le volume qu'il publia en collaboration avec le professeur agrégé Laignel-Lavastine dans la collection des actualités médicales sur *Les accidentés de la guerre, leur esprit, leurs réactions, leur traitement*.

Je dois rappeler aussi parmi ses *travaux neurologiques*, ceux sur l'hystérie, la camptodactylie, la causalgie, le syndrome du trou déchiré postérieur, les syndromes sympathiques, l'oxycéphalie, le syndrome des côtes cervicales, la main-fantôme des amputés, la main corticale, l'épilepsie, la valeur diagnostique des traumatismes survenant au cours des crises convulsives, la valeur du signe de Babinski en psychiatrie, etc.

Dans de très importantes publications sur l'Alsace, M. Paul Courbon nous a donné des renseignements très importants sur l'assistance psychiatrique et la législation civile et criminelle dans les provinces reconquises.

Il a consacré enfin à l'*assistance psychiatrique* et à la *thérapeutique des maladies mentales*, parfois si injustement délaissée, toute une série d'articles parus dans des journaux de notre spécialité et dans des revues de médecine générale. C'est ainsi qu'en plus des études sur l'assistance psychiatrique libre et les services ouverts, il s'est attaché à l'exposé de la thérapeutique des états d'agitation, de l'hypomanie, des états de dépression, de l'asthénie, des obsessions, de l'arriération mentale, à l'exposé des nouvelles médications en neuro-psychiatrie, et à des recherches sur la valeur thérapeutique de la ponction lombaire, sur le traitement de l'agitation par le bercement, par la chloroformisation, sur le traitement de l'asthénie par l'association médicamenteuse du nucléinate de soude et de l'arsenic, sur l'influence du travail et du milieu sur les stéréotypies des aliénés.

La contribution que M. Paul Courbon apporte à la vie de nos Sociétés et de nos Congrès est particulièrement importante. Au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française

dont il fut secrétaire général de la 24<sup>e</sup> session (Strasbourg, 1920) et rapporteur de la 26<sup>e</sup> session (Quimper, 1922), il a exposé d'une façon magistrale les mesures propres à assurer la *sauvegarde des droits de l'individu et de la société dans le traitement des maladies mentales*. A chaque session, il apporte à l'étude des questions, mises en discussion des contributions personnelles sous forme d'aperçus nouveaux ou de remarques dont la finesse judicieuse est unanimement appréciée. Je ne vous rappelle que pour mémoire les comptes rendus si vivants de ces réunions qu'il publie chaque année dans les *Annales médico-psychologiques*, organe officiel de notre Société.

Quel que soit l'honneur qui s'y attache, la tâche ingrate de rapporteur n'est pas très recherchée dans notre Société. Je n'en veux pour preuve que la fréquence avec laquelle vous voulez bien me la confier. Souffrez qu'une fois en passant je m'en félicite puisqu'elle me permet d'associer aujourd'hui à l'expression d'une vieille et fidèle amitié l'éloge purement objectif, d'ailleurs insuffisant et bref, de l'œuvre de l'un des meilleurs d'entre nous.

Son activité passée nous est un gage assuré de la grande part que le D<sup>r</sup> Paul Courbon prendra à la vie de notre Société. Membre correspondant depuis 1916, il serait depuis longtemps membre titulaire de la Société médico-psychologique si d'importantes fonctions ne l'avaient jusqu'ici retenu éloigné de Paris. Médecin en chef des Asiles de la Seine depuis 1922, des circonstances indépendantes de sa volonté l'ont empêché de rejoindre son poste avant le mois de juin 1926. Il était tout désigné pour occuper la première place vacante de membre titulaire. Aussi s'y présente-t-il sans concurrent.

A l'unanimité, votre Commission vous propose, Messieurs, d'élire le Docteur Paul Courbon membre titulaire de la Société médico-psychologique.

*Election.* — A la suite de ce rapport, M. le Docteur COURBON est élu membre titulaire de la Société par 21 voix et un bulletin blanc sur 22 votants.

## Un cas d'automatisme mental post-onirique chez un enfant

### *Présentation de malade*

Par M. G. HEUYER et Mlle BADONNEL.

L'enfant D... Auguste, 12 ans, est venu à notre Consultation de la rue de Vaugirard pour les troubles suivants :

A la fin de septembre 1925, il a eu, pendant deux jours, un état fébrile indéterminé. La température a oscillé autour de 39°5 ; l'enfant ne se plaignait d'aucune douleur, n'a pas eu mal à la gorge, n'a pas toussé, pas eu de diplopie, pas de céphalée. Il était un peu somnolent.

Cet état fébrile a été accompagné, pendant toute sa durée, de phénomènes oniriques. L'enfant voyait tout le temps un bonhomme s'avancer sur lui. L'accès fébrile passa sans avoir donné sa signature ; l'enfant a continué à voir, de temps en temps, apparaître cet homme, le jour et la nuit. Il lui apparaît plus grand qu'une personne normale, vêtu de noir ; il n'a pas de barbe, mais il a des cheveux noirs : « Il marche ». Quelquefois il est près de l'enfant à l'école ; quand celui-ci est en train d'écrire, il le voit, et cela l'empêche de continuer à travailler.

Outre cette hallucination visuelle, existent aussi des hallucinations auditives, le bonhomme parle : « Il dit des mots et je suis obligé de les répéter ; il s'adresse toujours à moi. » Il ne dit pas de mots grossiers ni de choses désagréables ; il ne répète pas toujours la même chose, il donne des conseils, il chante ; ce ne sont pas seulement des airs, il prononce des paroles, mais, le plus souvent, ce sont des conseils qu'il donne au sujet sous forme de phrases brèves : « Apprends tes leçons, dépêche-toi d'écrire. » « Alors, je me dépêche et j'écris mal. » Parfois l'enfant écrit malgré lui. Mais s'il existe des hétéro-impulsions, il n'y a pas de phénomènes d'arrêt.

L'enfant entend ces voix par les oreilles, pas dans



la tête. Ce sont bien des hallucinations auditives. C'est surtout le soir, quand il se couche, que l'enfant éprouve ces troubles ; mais quelquefois aussi, c'est à l'école. Sa mère l'a surpris un jour « tout blanc de peur » parce qu'il venait de voir le bonhomme. Ces hallucinations se reproduisent presque tous les jours, parfois à deux ou trois reprises. Il n'éprouva rien de pareil auparavant.

Ainsi, existe un véritable syndrome d'automatisme mental avec hallucinations auditives, hallucinations psychomotrices, hallucinations visuelles. Il n'y a pas de prise de la pensée. Or, ce syndrome d'automatisme mental ne s'accompagne d'aucun délire, c'est une hallucinose ; le malade a le sentiment que l'homme qu'il voit n'existe pas : « Je sais que ce n'est pas vrai, mais je ne peux pas m'empêcher de faire ce qu'il dit, je ne peux pas l'éviter. » Quand le bonhomme lui dit d'écrire vite, sa « main le pousse » et il écrit mal. L'enfant ne peut pas expliquer pourquoi, étant sûr de l'avoir vu et entendu, il ne croit pas néanmoins à son existence.

En même temps que ce syndrome, on note un léger *état dépressif*, caractérisé surtout par la lenteur de l'idéation ; les réponses sont lentes, s'expriment sur un ton monotone ; la mère a remarqué que le malade était sombre, moins affectueux avec elle. La présence d'autres personnes paraît l'ennuyer. Il ne manifeste pas d'initiative ; il travaille moins bien que l'année précédente.

Or, cet enfant n'est pas un débile. La détermination de son niveau mental montre un âge mental correspondant à l'âge chronologique. Toutefois, étudié par Mlle Abramson en vue d'un établissement d'un profil mental, il est manifeste qu'il présente un *défaut d'attention* assez marqué.

A l'*examen physique*, on note une cicatrice résultant de la présence antérieure d'un angiome. Ses dents sont un peu bisautées et crénelées, la voûte palatine très ogivale, les réflexes rotuliens paraissent un peu moins vifs à gauche.

A l'*examen des yeux*, les réflexes cornéens et pupillaires sont normaux ; la convergence est également

normale. On note, à l'examen du fond d'œil, un petit staphylome postérieur à gauche.

La *ponction lombaire* a donné un liquide céphalo-rachidien normal sans hyperglycorachie.

Or les *antécédents héréditaires et personnels* de l'enfant sont très intéressants :

**ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES.** — *Père* : bien portant, sobre ; ses parents sont bien portants, 8 frères et sœurs, dont 5 vivants, bien portants, 3 morts en bas-âge. Pas de renseignements sur la cause de leur mort.

*Mère* : bien portante, claudication depuis l'âge de 3 ans, consécutive à une chute sur le genou. Parents bien portants. Une sœur morte de tuberculose. Un frère bien portant.

Les parents, qui sont cousins germains, ont une tante qui a eu une crise de dépression vers l'âge de 35 ans, elle ne voulait voir personne, restait alitée ; tentative de submersion, à la suite de laquelle il a été question de l'interner. Durée de l'accès : 1 mois environ. N'a pas eu d'autres crises depuis. De caractère triste en général.

Le père croit qu'un de ses oncles (un frère de son père) est mort à St-Anne, mais il n'en est pas certain.

*Collatéraux* : Frère âgé de 11 ans — a des ganglions — a eu un accident d'auto il y a 6 ans. Depuis a parfois de la difficulté lorsqu'il parle à trouver certains mots.

**ANTÉCÉDENTS PERSONNELS.** — Né à terme. Poids 3 kilos 500. Accouchement normal. Nourri au sein jusqu'à 7 mois. 1<sup>re</sup> dent : 9 mois. Marche : 11 mois. Parole : 2 ans 1/2. Propreté : jusqu'à l'année dernière urinait encore de temps en temps au lit.

*Maladies* : Rougeole, coqueluche, varicelle. N'a jamais eu de délire à l'occasion de ces épisodes fébriles.

*Convulsions de 10 mois à 3 ans 1/2* : Convulsions toniques et cloniques avec chute, perte de connaissance durant quelques instants et suivie d'une période d'abattement.

Au mois de mars 1926 a eu une crise bizarre. A la suite d'une observation s'est mis à pleurer. Au bout de quelques minutes a appelé sa mère parce qu'il étouffait. Pendant une ou deux minutes a été très pâle et raide. La respiration a repris ensuite un rythme normal. Est resté très abattu. N'a pas perdu connaissance, mais la mère était obligée de le tenir pour qu'il ne tombât pas. Pas d'émission d'urine. Pas de morsure de la langue.

A habituellement un sommeil agité ; parle la nuit, ne crie pas. Pas de somnambulisme.

COMMENTAIRES. — Il s'agit d'un *automatisme mental post-onirique*, survenu chez un enfant, ancien épileptique, dont les antécédents héréditaires sont assez chargés au point de vue psychopathique. Ce syndrome est caractérisé par des hallucinations auditives, des hallucinations visuelles et des hallucinations psycho-motrices.

Il est certainement d'origine onirique et survenu au cours de cette affection fébrile indéterminée qui a présenté d'emblée des troubles psychiques de caractère onirique avec hallucination visuelle.

C'est un automatisme mental sans délire, une hallucinose pure. En effet, l'enfant ne croit pas à la réalité de ses hallucinations ; il entend et il voit, sans croire à l'existence réelle des phénomènes qu'il perçoit.

Le contenu de ses hallucinations est d'ailleurs indifférent, plutôt bienveillant. Ce bonhomme est une sorte d'ange gardien qui le protège et le conseille d'une façon toujours aimable et utile. Cependant, quasi pour signer la nature onirique du syndrome, l'apparition de ce bonhomme détermine un état d'anxiété avec phénomènes vaso-moteurs, pâleur du visage, tachycardie.

3° Cet automatisme mental est survenu chez un ancien épileptique. L'un de nous a déjà rapporté plusieurs observations dans lesquelles l'automatisme mental se produisait chez des épileptiques à la suite de crise ou en remplacement de crise. Il est certain

que, dans un cas de ce genre, la nature organique de l'automatisme mental est prouvée :

1° *surtout*, par les *phénomènes infectieux* qui ont précédé, et au cours desquels se sont produits les phénomènes oniriques indiqués.

2° *Par un terrain lésé, au point de vue organique*, puisque, pendant les premières années de l'enfance, avaient existé des crises épileptiques.

C'est encore au titre de contribution à l'étude de l'origine organique de l'automatisme mental que nous rapportons cette observation.

D'autre part, nous n'avons jamais eu l'occasion d'observer un cas semblable chez un enfant et nous n'avons pas trouvé, dans la littérature, d'exemple comparable.

#### DISCUSSION

— M. DE CLÉRAMBAULT demande à interroger le malade. Il lui fait préciser ses hallucinations.

— M. SOLLIER fait dire au sujet que le personnage vu par lui ne lui rappelait aucun souvenir antérieur. Il était tout entier, placé près de lui, sur le sol, et c'était un inconnu vêtu de noir. Il donnait des ordres que le malade était obligé d'exécuter.

— M. LEGRAIN demande en quels termes il s'exprimait. Réponse : il donnait des ordres précis.

— M. RAYNEAU. — Avait-il vu le personnage en rêve ?

— Non.

Je me souviens d'un cas personnel. Une fille de confrère avait uriné au lit jusqu'à l'âge de seize ans sans qu'aucun traitement n'eût donné de résultat. Elle rêvait fréquemment sans garder aucun souvenir de ses rêves. Endormie par hypnotisme, elle a raconté qu'elle avait un rêve, toujours le même : Elle se trouvait dans une ménagerie et un lion se précipitait sur elle. Elle était prise de peur et urinait. Je lui suggérai de se réveiller à ce moment et d'uriner dans un vase.

Dès lors, elle fut guérie. Il serait intéressant de mettre le malade en état d'hypnose et de tenter de réveiller à ce moment le souvenir de ses rêves.

M. DE CLÉRAMBAULT. — Ce cas infantile constitue un spécimen rare. On y voit, en période absolument lucide, un syndrome de petit automatisme (ou de passivité) très incomplet, mais suffisamment comparable à l'A. M. d'un sujet adulte. Ce syndrome mécanique est issu d'un onirisme.

Le syndrome ici se compose d'un mentisme paroxysmique avec sentiment de hâte, d'un entraînement psycho-moteur et d'hallucinations psychiques ou auditives alliées à la motricité : le sujet s'entend commander ce qu'il est déjà porté à faire. Il n'y a pas d'écho de la pensée ni même d'énonciation des actes, mais les ordres entendus représentent nettement un écho des intentions.

Jé fais des réserves sur le degré du caractère auditif. J'en fais aussi sur la solidarité (du moins actuelle) entre phénomènes visuels et auditifs : il est possible que l'enfant, lorsqu'il entend parler le vilain bonhomme, se le représente avec une extrême intensité (d'autant qu'il est aidé en cela par le souvenir) sans être véritablement halluciné. Je n'ai pas voulu approfondir trop rapidement, de peur de fausser les réponses.

Pouvons-nous reconnaître dans ce cas, par rapport aux règles habituelles des processus hallucinatoires, des conformités ou des traits originaux ?

Le syndrome mécanique n'est ici apparu que quand les troubles oniriques eurent disparu. C'est là un premier trait normal. D'un bout à l'autre de la pathologie mentale, il y a antagonisme et souvent balancement entre d'une part l'A. M. subtil et d'autre part les hallucinations banales (thématiques et objectivées). Les périodes oniriques ne présentent pas d'écho. De même l'écho est absent dans le rêve, tant pathologique que normal, dans l'hypnagogisme, dans les cas toxiques dépassant le subaigu, dans les confusions, les catatonies, les formes nettement démentielles. Il n'y a guère coexistence des deux syndromes antagonistes que dans des vésanies à la période d'état et dans des états tran-

sitoires sur fonds organique (ictus, P. G., etc.). Notre psychose infantile est conforme à cette règle, règle approximative d'ailleurs, bien entendu.

L'enfant fait actuellement un genre de délire non conforme aux règles de son âge. Un A. M. proprement dit ne se constate généralement pas avant 20 ou mieux 25 ans : encore affecte-t-il alors des nuances spéciales (voir *Pratique Médicale*, juin 1926, A., p. 263). Régulièrement les délires de l'enfant sont généraux, de même que ses démences sont massives (voir *Pratique Médicale*, mai 1925, A., p. 188 et *Société clinique de M. M.*, déc. 1923, p. 322 sq.).

Toutefois dans l'exception il reste régulier à quelques égards. Le délire des sujets jeunes est toujours amplement moteur et psycho-moteur ; de même, généralement, le délire des sujets frustes. Chez les sujets frustes l'écho de la pensée est remplacé par l'écho anticipé des actes, les ordres, l'énonciation des gestes, qu'on pourrait appeler les formes pauvres de l'écho. Si cet enfant n'a pas d'énonciation des gestes, peut-être est-ce parce qu'à son âge l'autoscopie n'est pas suffisamment développée (du moins hors des moments de rêverie orgueilleuse), peut-être est-ce parce qu'il est inquiet et pressé, peut-être est-ce pour causes plus profondes. Par son écho des intentions cet enfant se rapproche des subaigus alcooliques ; en effet, chez ces derniers, l'écho des intentions prime de beaucoup l'écho de la pensée (inconstant) et même l'énonciation des actes (presque constante).

Ce délire infantile se rapproche donc des délires toxiques subaigus sous trois rapports : inspiration motrice, écho des intentions, mentisme. Une autre analogie encore serait le fait d'hallucinations combinées (auditives et visuelles ensemble) si ce fait était confirmé. Il se pourrait que les synesthésies intersensorielles fussent dans les aptitudes des délires infantiles de même qu'elles sont dans les habitudes des délires toxiques.

Si des cas de ce genre se multipliaient on pourrait en déduire quelques règles générales concernant le syndrome de passivité chez l'enfant ; les commentaires ci-dessus ne sont que provisoires.

Les atteintes psychiques systématiques de l'enfance seront, croyons-nous, toujours rares, les obsessions seules exceptées. Moreau de Tours fils (*Folie chez les Enfants*, 1888) cite plusieurs enfants obsédés. Il rapporte d'autre part deux psychoses infantiles d'un mode absolument adulte, que voici :

Un écolier de 11 ans se plaint de ce qu'on lui envoie « de mauvaises pensées » (*sic* : probablement H. psychiques) pour l'empêcher d'apprendre ses leçons (p. 310). Un enfant de 6 ans 1/2 entend subitement dire qu'il va être mis en prison ou mourir, que ses parents vont mourir, etc. ; il court alors auprès de sa mère ; il dit que personne n'a parlé et que la voix siège dans sa tête (p. 274). Le devenir de ces enfants n'est pas indiqué.

Au sujet de l'A. M. en général, n'ayant pas encore publié d'article dans les *Annales*, je me permets de signaler les exposés oraux que j'ai faits incidemment devant la Société Médico-Psychologique aux séances d'octobre et décembre 1923, janvier 1924. Je signale en outre mes présentations à la Société Clinique de M. M., avril 1920, décembre 1923, janvier 1924. Notre article de 1920 est rarement mentionné ; cependant il contenait déjà l'essentiel de notre doctrine : inversion du rapport entre hallucinations et idées, solidarité des phénomènes mécaniques, caractère basal du syndrome d'automatisme dans les vésanies chroniques, indépendance de ce syndrome par rapport aux troubles paranoïaques, existence de ce syndrome en dehors des vésanies chroniques, etc. Cet article de 1920 a précédé de 3 années tous autres articles de tous auteurs sur notre sujet.

La séance est levée à 5 heures.

*Un secrétaire des séances,*

BUSSARD.

---

# ANALYSES

---

## LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

---

### PSYCHIATRIE

Hygiène mentale, par le Docteur M. POTET, Préface du Docteur Toulouse, 1 volume, 600 pages, Le François, éditeur.

Le problème de la prophylaxie mentale s'étend tous les jours. Il s'est adressé d'abord aux psychopathies qu'on a essayé de soigner le plus tôt possible, dès leur éclosion ; on a ensuite voulu les prévenir. Un mouvement universel s'est dessiné qui prit naissance aux Etats-Unis ; la France n'a pas tardé à y contribuer pour une large part et des livres comme ceux du Docteur Potet méritent d'être divulgués ; c'est un excellent moyen de propagande.

Il y a dans ces questions bien des principes qui cherchent leurs applications pratiques. L'hygiène du travail intellectuel, l'eugennétique, l'orientation professionnelle ne peuvent progresser que grâce à des collaborations étendues et éduquées. Les règles de l'hygiène mentale bien comprises et imposées à l'éducation des enfants normaux et anormaux, diminueront le nombre des psychopathes, la toxicomanie, le crime et le suicide.

Le champ d'un projet si vaste est tel que sa réalisation nécessite des mesures d'ordre général adoptées par tous ceux qui jouent un rôle social : juristes, politiciens, religieux, journalistes, médecins et une soumission de l'individu aux principes énoncés. Verrons-nous cette révolution ? Vivrons-nous les temps heureux où chaque homme possèdera le « livret médical du citoyen » et acceptera « l'examen sanitaire, régulier et systématique » réclamés par le Docteur Potet ?

P. CARRETTE.



Sur l'évaluation du temps dans certains troubles mentaux,  
par le Docteur Roger BOUCHARD. Thèse de Paris, 1926.  
Vigot frères, Editeurs.

L'enquête du Docteur Bouchard a porté sur l'orientation des sujets dans le temps et dans l'espace, l'état des souvenirs et un certain nombre de tests d'évaluation du temps vide (épreuves de la minute) et du temps plein (épreuves de lecture, de parcours).

Après ses patientes et précises recherches, l'auteur est arrivé aux conclusions suivantes : nous avons tous une tendance à commettre des erreurs dans l'appréciation du temps et ces erreurs se font dans le sens du raccourcissement. Beaucoup d'aliénés ne dépassent pas ces erreurs normales, certains, cependant, raccourcissent avec exagération : mélancoliques, délirants, affaiblis intellectuels, débiles et arriérés. Enfin, il en est d'autres qui ont tendance à allonger la durée : maniaques à grande excitation, déments précoces, cataleptiques.

A ces résultats s'ajoutent d'intéressantes considérations sur les *délirants à thème temporel*. Ces malades ne font pas d'erreurs anormales sur l'évaluation du temps d'après la technique indiquée plus haut, mais ils manifestent des idées d'existence antérieure, d'immortalité ; ce sont des imaginatifs dominés par l'idée angoissante de la mort ; leur délire est l'épanouissement d'un désir ; la lutte contre l'obsession de l'échéance indésirable crée la prétention aux transformations agréables, à l'éternité. On conçoit que ces délirants répondent aux tests de la durée, évoquent les souvenirs d'après l'état de leur intelligence et indépendamment de leurs conceptions dogmatiques.

P. CARRETTE.

---

# CORRESPONDANCE

---

## CORRESPONDANCE

Nous recevons la lettre suivante :

A Monsieur le Médecin Principal de 2<sup>e</sup> classe POTET,  
Spécialiste des hôpitaux militaires, médecin  
légiste de l'Université,

MON CHER CONFRÈRE,

En lisant votre intéressant ouvrage sur l'*Hygiène sociale*, j'ai relevé le passage suivant, auquel je ne puis rester indifférent :

« Damaye a traité celle-ci (la psychiatrie sociologique) en quelques pages humoristiques souvent d'ailleurs plus originales que justes. »

Qu'est-ce, mon cher Confrère ? Si je ne m'abuse, vous insinuez en ces termes que je trompe le lecteur. Or, je puis vous affirmer qu'en mes écrits, — où je ne plaisante nullement, ainsi que vous le dites, — il n'est rien, absolument rien qui n'ait été vécu ou observé. Je suis assez âgé, assez ancien dans la médecine mentale, j'ai vécu en des milieux suffisamment divers et d'opinions variées, en dehors de la vie d'asile, pour être à même aujourd'hui d'écrire sur la psychiatrie sociale sans faire œuvre d'imagination ou de compilation...

Mon cher Confrère, il n'est pas dans mes habitudes de tromper sciemment les autres : grâce à Dieu, je n'ai pas succombé à la contagion. Mais, comme tout homme, je puis commettre involontairement l'erreur. Je ne crois pas l'avoir commise dans les *pages* par vous qualifiées.

Aussi, je vous serais bien obligé de me signaler, d'une façon précise, soit par lettre particulière, soit dans une revue à votre choix, les inexactitudes que vous dites avoir relevé chez moi. Comme l'ouvrage particulièrement en cause va atteindre une nouvelle édition, si vous m'apportez des preuves, je me ferai un scrupuleux devoir de rectifier en vous rendant hommage.

Veuillez agréer, cher Confrère, mes salutations les plus distinguées, et sans rancune croyez-le bien.

H. DAMAYE.

---

# SOCIÉTÉS SAVANTES

---

## Société clinique de médecine mentale

Compte rendu de la Séance du 15 Novembre 1926

Présidence de M. SEGLAS, président

**Syndrome parkinsonien épilepsie, affaiblissement intellectuel chez deux sujets ayant présenté des convulsions infantiles, par MM. TOULOUSE, MARCHAND, BAUER et MALE.** — Les auteurs présentent deux malades atteints de syndromes neurologiques à allure parkinsonienne : attitude sondée, faciès figé, tremblement ou hêmi-tremblement, pas d'altération des réflexes. Ces malades ont été atteints de convulsions infantiles, plus tard de crises comitiales plus ou moins typiques, et d'affaiblissement intellectuel. Le syndrome parkinsonien est rattaché dans ces cas aux lésions d'encéphalite infantile qui ne se sont jamais éteintes complètement, et qui se sont propagées aux noyaux striés. Il reste à préciser la nature de ces encéphalites du jeune âge.

**Paralyse générale et maladie de Recklinghausen, par MM. R. DUPOUY et P. MALE.** — Les auteurs présentent un sujet atteint de paralyse générale et de maladie de Recklinghausen ayant débuté à l'âge de 16 ans. Cette dernière a existé également chez la grand'mère du malade. Il peut s'agir d'une simple coïncidence, mais il faut noter qu'il n'y a point d'antécédents apparents de syphilis acquise chez ce malade. Peut-on penser à deux accidents séparés d'origine hérédo-spécifique ? Le malade est un chauffeur de taxi et de nombreux accidents d'autos ont marqué le début de la paralyse générale.

**Toxicomanie complexe. Héroïno-cocaïnomanie, par M. TRÉNEL.** — Le malade prétend employer l'héroïne comme antidote de la cocaïne, qu'il utilise pour obtenir un état d'exaltation cérébrale dans lequel il entre en relations par communion de pensée avec des interlocuteurs lointains. La cocaïne développe en lui un pouvoir magnétique attractif.

Une faible dose de cocaïne donne lieu à l'intervention d'un médium, intervention que supprime une dose élevée qui irait, au dire du malade, jusqu'à 15 grammes (?).

Présence d'un diplocoque encapsulé dans le liquide céphalo-rachidien d'un mulâtre atteint de paralysie générale à début foudroyant, par M. TRÉNEL. — Mulâtre, fils d'un nègre sénégalais et d'une blanche. Les caractères physiques de la race blanche prédominent. Délire confus avec idées mégalomaniaques absolument subit. Six jours après le début, ponction lombaire : le liquide céphalo-rachidien contient du sang. Dans le culot de centrifugation, présence d'un diplocoque encapsulé extra-cellulaire, prenant le Gramm. Nouvelle ponction le surlendemain et injection immédiate à la souris qui meurt en moins de 24 heures et présente le microbe dans le sang. Ce diplocoque ne pousse que sur le milieu de Truche. Trois passages positifs sur la souris. Disparition du microbe dans une deuxième ponction. Persistance du délire. B.-W. positif. Ce cas est tout à fait exceptionnel. Doit-on invoquer pour l'expliquer la grande réceptivité de la race nègre pour le pneumocoque.

Hémorragie intra-arachnoïdienne enkystée chez un paralytique général sénile, par M. L. MARCHAND. — Trouvailles d'autopsie. Le sujet, âgé de 68 ans, avait été considéré comme atteint de démence sénile. La compression énorme de l'hémisphère gauche par l'hématome s'était traduit cliniquement par un état démentiel profond d'emblée et par des troubles dysarthriques et paraphasiques qui marquaient le syndrome paralytique. L'auteur attribue l'hémorragie méningée à la rupture d'une artère pie-mérienne atteinte d'artérite spécifique. Il montre que la coque fibreuse qui entoure le caillot a son siège dans le caillot lui-même et n'emprunte aucun élément cellulaire aux méninges entre lesquelles il s'est enkysté, il compare le processus de cicatrisation à celui de foyers dans l'hémorragie cérébrale. A la périphérie du caillot, les lymphocytes se transforment en cellules conjonctives qui arrivent à former une membrane semblable à la dure-mère, renfermant de nombreux capillaires à parois énormes composées de couches concentriques de collagène avec formation de calcosphérites.

Logorrhée jargonasphasique dans l'aphasie de Wernicke, par M. TRÉNEL. — Présentation des pièces du malade mon-

tré dans une précédente séance. Tout le lobe temporal gauche est transformé en un kytse ne respectant que la temporale inférieure. Atrophie du pli courbe et du lobule du pli courbe. Intégrité apparente de la 3<sup>e</sup> frontale. La surdité était profonde, mais non absolue. Doit-on, dans ce cas, admettre avec Henschen une suppléance relative par le lobe temporal droit ?

L. MARCHAND.

## Société de Psychiatrie

Séance du 18 Novembre 1926

Crises toniques oculogyres d'origine encéphalitique. — MM. TINEL et BARUK présentent une malade dont la seule manifestation encéphalitique consiste en crises de fixité du regard, en position moyenne ou en révulsion verticale, avec occlusion spasmodique et battements des paupières, accompagnées de céphalée et de somnolence. Ces crises ne sont pas sans analogie avec d'autres manifestations paroxysmiques, considérées habituellement comme des névroses. Leur début brusque au milieu du travail, ou après les repas, leur recrudescence au moment des règles, leur atténuation par l'émotion ou la distraction rappellent certaines crises migraineuses ou des convulsions névropathiques. L'aspirine et l'adrénaline sont sans effet, alors que l'inhalation de nitrite d'amyle est efficace. On peut donc supposer l'intervention d'un angiospasme localisé au territoire mésocéphalique infecté. Ces crises s'accompagnent de tristesse, de désespoir et d'anxiété.

M. LAIGNEL-LAVASTINE insiste sur l'état d'hypervagotonie habituel dans ces manifestations encéphalitiques et sur l'action favorable des agents frénateurs du vague.

Perversions instinctives chez un parkinsonnien post-encéphalitique. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et MORLAAS montrent un malade ayant eu une encéphalite en 1920 suivi en 1923 d'un syndrome parkinsonien. Deux ans plus tard, il présente des phénomènes nouveaux consistant essentiellement en perversions instinctives étranges. D'une part, il martyrise des chats, les étrange et les étouffe jusqu'à ce qu'ils perdent connaissance et il paraît ensuite éprouver une volupté particulière en les voyant renaître à la vie ; d'autre part, il se plaît à masturber les chiens. Ce sujet est un vagotoni-

que. Pour *M. Ceillier* l'intérêt de cette observation réside surtout dans les deux particularités suivantes : existence de ces perversions chez un adulte et leur apparition cinq années après la période aiguë de l'encéphalite.

**Haine familiale, paranoïa, passion, troubles du caractère.** — *MM. ROBIN* et *CÉNAC* présentent un sujet qui a été interné à la suite de menaces de mort contre son beau-père. Cette haine paraît surtout morbide au cours de paroxysmes pendant lesquels le sujet abandonné à de vives colères se livre à des impulsions violentes. Il faut aussi chercher le caractère pathologique de cette haine dans les troubles de l'humeur qui paraissent devoir être rattachés à de très nets éléments paranoïaques. Le cas de ce sujet montre les difficultés d'appréciation scientifique au point de vue de l'internement.

*M. Heuyer* rappelle que c'est lui qui a fait interner ce sujet, mesure que justifiaient le caractère paranoïaque du malade et surtout le danger qu'il faisait courir à la société. Même sans être définitif l'internement peut être efficace, car il constitue un avertissement et une sanction.

*M. Delmas* conclut également à la nécessité de l'internement et insiste sur l'association fréquente de la paranoïa et de l'hypérémotivité. De plus les petites tendances hypomaniaques mettent en branle les réactions paranoïaques et émotives.

*M. Courbon* insiste sur l'importance de l'élément maniaque, conduisant à des accès de colère pathologique.

**Syndrome d'automatisme mental et organicité.** — *M. HEUYER* montre un malade chez lequel le syndrome d'automatisme mental est, pour ainsi dire, au complet. Il n'y a pas de délire, mais un simple sentiment de protection. On a observé la transformation d'obsessions en hallucinations. Il est vraisemblable que les troubles signalés sont sous la dépendance d'une démence précoce en évolution et l'auteur y voit une nouvelle preuve de l'organicité de l'automatisme mental.

**De l'incapacité professionnelle et de l'inadaptabilité sociale de certains épileptiques. De la nécessité de leur venir en aide professionnellement et socialement.** — *M. CEILLIER*, ayant fait l'expertise de nombreux inculpés épileptiques a constaté qu'une des causes importantes de la délinquance

était l'incapacité de ces sujets à exercer régulièrement un métier et à s'adapter à la vie en société. Renvoyés à cause de leurs crises et de la loi sur les accidents du travail, de tous les ateliers et chantiers ils sont exposés — à moins de circonstances sociales ou psychologiques favorables — à verser dans le vagabondage. Celui-ci se complique souvent de mendicité et de rébellion, outrages aux agents, coups et blessures (du fait de leur impulsivité). Ces délits sont souvent associés et aboutissent à de nombreuses récidives (48 condamnations dans un cas). Trop souvent ces épileptiques commettent des vols, dont la principale cause est la misère. Beaucoup d'épileptiques délinquants ne sont ni des malfaiteurs professionnels, ni des pervers, mais seulement des délinquants occasionnels. M. Ceillier demande à la Société de Psychiatrie de s'intéresser à leur sort et d'étudier les conditions qui leur permettraient de gagner leur vie largement et sans être internés. On devrait proposer à ces épileptiques le dilemme suivant : ou accepter la situation qu'on leur offre, ou, s'ils s'y refusent, supporter la responsabilité entière de leurs actes.

La SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE reconnaissant la nécessité d'une réforme, l'importance et en même temps la complexité du problème, décide d'en remettre l'étude à la séance de janvier.

Recherches sur les groupes sanguins dans les maladies mentales et nerveuses. — MM. TOULOUSE, SCHIFF, WEISMANN et NETTER ayant fait ces recherches, selon la méthode de Beth-Vincent, les résultats ont été négatifs. La répartition par groupes sanguins est la même chez les sujets normaux et chez les psychopathes. On retrouve chez ces derniers la même prédominance des groupes II et IV. L'étude des groupes sanguins poursuivie dans des familles de malades atteints d'une psychose supposée héréditaire, comme la D. P. et dans les maladies nerveuses à caractère héréditaire et familial certain n'a pas apporté non plus d'éclaircissement sur l'étiologie de ces affections.

André CEILLIER.

**Société belge de médecine mentale**

Séance du 27 novembre 1926

Présidence du D<sup>r</sup> BOULENGER (de Waterloo)

G. VERMEYLEN (de Bruxelles). Un cas de psychose passionnelle. — Il s'agit d'un cas de délire de revendication à forme de jalousie. L'auteur fait une description détaillée du cas. A la base de la psychose se trouve un état passionnel qui en commande toutes les modalités morbides. Comme dans les passions normales on retrouve ici : 1) l'exaltation d'un instinct profond s'extériorisant sous une forme dérivée ; 2) le caractère unilatéral et exclusif de la tendance prévalente ; 3) son parasitisme sous forme de complexe envahissant tout le psychisme.

La psychose passionnelle se distingue nettement du délire d'interprétation et ne relève pas de la constitution paranoïaque. Elle prend plutôt ses origines dans la constitution émotive, à la fois par son caractère obsessif et les manifestations hypomaniaques qu'elle comporte.

M. VERVAECK (de Bruxelles). — Pour lui, le cas présenté relève nettement de la constitution paranoïaque et peut se classer parmi les délires interprétatifs. Il fait toutes ses réserves au sujet de l'avenir du malade et trouve qu'on devrait protéger plus efficacement la société contre de tels sujets.

Le Prof. LEY (de Bruxelles) attire l'attention sur les alternatives d'excitation et de dépression qu'on constate souvent chez ces sujets. La psychose passionnelle lui semble basée surtout sur la constitution cyclothymique.

Le Prof. D'HOLLANDER (de Louvain) fait également ses réserves quant à la guérison effective d'un pareil sujet. Il croit avec l'auteur qu'il faut tenir grand compte de la constitution et du caractère antérieur du sujet dans l'estimation du danger que peut présenter le malade.

M. MAERE (de Gand) trouve le terme passionnel trop générique. En tous cas il est certain qu'à l'origine de bien des états de ce genre se trouve un sentiment froissé ou un instinct profond qui a été détourné de son véritable but.

M. VERMEYLEN (de Bruxelles) répond aux différents orateurs. Il fait également ses réserves au sujet de l'avenir du



malade. Le sujet ne présente aucun des symptômes cliniques de l'interpréteur. Son caractère antérieur n'est nullement celui d'un paranoïaque. On a du reste trop schématisé la question si complexe des constitutions mentales et il n'y a pas de rapport fatal entre telle constitution et telle psychose.

\*\*

M. VERMEYLEN (de Bruxelles). L'absorption d'objets de piété au cours de l'état crépusculaire post-épileptique (présentation de pièces et de radio). — L'auteur cite trois cas de ce genre. Dans le dernier et le plus curieux des trois le sujet a présenté plusieurs fois un délire mystique assez incohérent immédiatement après la crise d'épilepsie. Une première fois il a cassé un cadre sur sa tête pour prouver qu'il ne pouvait être blessé. La fois suivante il a avalé un chapelet pour se sanctifier. Enfin cette fois il a absorbé un médaillon en cuivre avec pied métallique, de 4 cm. de diamètre. Il est parvenu à enfoncer dans son œsophage cette pièce volumineuse, représentant la Vierge de Lourdes, jusqu'au niveau de la 5<sup>e</sup> vertèbre cervicale. Son but était, comme pour les deux sujets précédents, de se guérir par ce moyen de ses crises.

En dehors de la similitude de réaction cette communication a pour but de montrer que beaucoup d'épileptiques s'inquiètent plus qu'on ne le pense de leur état pathologique et essayent d'y remédier par des moyens parfois très bizarres.

\*\*

Sur l'organisation des cours d'infirmières pour maladies mentales et nerveuses. — Rapport de la Commission. L'étude et la discussion du rapport seront entrepris après sa publication.

G. VERMEYLEN.

---

# VARIÉTÉS

---

## CENTENAIRE DE LAËNNEC

Le Centenaire de la mort de Laënnec (13 août 1926) a été célébré solennellement à Notre-Dame, au grand Amphithéâtre de la Sorbonne, à l'Académie de Médecine, à l'hôpital Laënnec et à l'Institut Pasteur les 13, 14 et 15 décembre 1926. Une excursion à Nantes et à Quimper a suivi ces cérémonies.

## CENTENAIRE DE PINEL

Le Centenaire de la mort de Pinel (25 octobre 1926) sera célébré de façon solennelle dans la dernière semaine du mois de mai 1927. Nous donnerons dans notre prochain numéro le programme détaillé des différentes cérémonies qui seront organisées pour glorifier « l'Œuvre de Pinel ».

## PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

PRIX ALVARENGA DE RANHY (Brésil) (1.000 fr.). L'Académie décerne le prix à M. Henri BARUK, interne des hôpitaux de Paris, pour son ouvrage sur les *Troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales*.

PRIX BAILLARGER (2.500 fr.). Décerné à M. le Dr RODIET, médecin de l'asile de Ville-Evrard, pour son « *Manuel pratique de l'infirmier d'asile* ».

PRIX CHARLES BOULLARD (2.000 fr.). Décerné à Mlle le Dr PASCAL, médecin-chef de l'asile de Moisselles et M. le Dr J. DAVESNE pour leur travail sur le *Traitement des maladies mentales par les chocs*.

PRIX CIVRIEUX (1.000 fr.). Décerné à Mlle le Dr Gabrielle-Charlotte LÉVY pour son ouvrage : *Les séquelles de l'encéphalite léthargique*.

FONDATION FERDINAND DREYFOUS (1.400 fr.) à M. Noël PÉRON, médaille d'argent de l'Internat des Hôpitaux de Paris.

PRIX LEFÈVRE (3.000 fr.). *De la Mélancolie*. Décerné à M. le Dr Henri BEAUDOUIN, médecin en chef des asiles de la Seine (asile de Clermont, Oise).

## NÉCROLOGIE

LE D<sup>r</sup> DESWARTZ

Nous apprenons avec le plus vif regret la mort du D<sup>r</sup> Deswartz, médecin en chef de l'asile de Niort.

Nommé médecin adjoint pour la région de Lille au concours de 1896, le D<sup>r</sup> Deswartz avait été pendant longtemps médecin de l'asile de Maréville, qu'il abandonna pour remplir les mêmes fonctions à l'asile de Niort. Porté par ses tendances vers l'étude de la philosophie et de la psychologie, il a publié des travaux remarquables et sa disparition laisse un grand vide dans le monde de la psychiatrie.

## UNE SURVEILLANTE EN CHEF TUÉE PAR UN ALIÉNÉ

Mme LEMERCIER, surveillante en chef du Pavillon de Chirurgie de l'Asile clinique, a trouvé la mort dans des conditions tragiques. En se portant au secours d'une de ses infirmières aux prises avec un malade délirant, grand agité, qui avait réussi à enlever son maillot, elle a été littéralement assommée par ce dernier qui la frappa à la tête à l'aide d'un bassin en tôle émaillée dont il s'était emparé. Des obsèques solennelles ont eu lieu en présence de M. Dherbécourt, président du Conseil général, de M. Bouju, préfet de la Seine, d'un grand nombre de notabilités, et d'une très grande affluence. Il a été décidé que le Pavillon de Chirurgie serait appelé dorénavant Pavillon Lemercier.

## UNIVERSITÉ DE BRUXELLES,

## FACULTÉ DE MÉDECINE

*Cours de perfectionnement psychiatrique*  
(du 28 mars au 9 avril 1927)

1. Professeur A. LEY. Psychiatrie générale. Clinique psychiatrique. Démonstrations de malades. Les problèmes récents de la médecine mentale. Du 28 au 31 mars de 9 à 11 heures. L'après-midi, visite d'établissements, d'instituts et de colonies, de dispensaires d'hygiène mentale, avec démonstrations cliniques et examen de questions d'assistance. Le traitement en pavillon libre.

2. Docteur E. DECRAENE, agrégé. Médecine légale psychiatrique. Démonstration de cas. Rédaction de rapports. Du 1<sup>er</sup> au 5 avril de 9 à 11 heures. L'après-midi, visite de prisons,

annexes psychiatriques, service d'anthropologie pénitentiaire du D<sup>r</sup> Vervaeck. Assistance sociale psychiatrique.

3. Docteur G. VERMEYLEN, agrégé. Enfants anormaux et difficiles. Psychopathologie clinique. Les méthodes des tests chez les enfants. Du 6 au 9 avril de 9 à 11 heures. L'après-midi, visite d'instituts médico-pédagogiques : Institut du D<sup>r</sup> Decroly. École d'observation de Moll. Classes et écoles d'enseignement spécial.

*Note.* — Des visites d'autres établissements belges pourront être organisées en dehors du programme ci-dessus. — Pour les auditeurs qui le désireraient des exercices pratiques de recherches biologiques (Prof. Slosse et D<sup>r</sup> Bigwood) et de recherches anatomo-pathologiques (Prof. Dustin et D<sup>r</sup> R. Ley) pourront être organisées.

Droit d'inscription avant le 15 mars 1927 : 200 fr. — Pour tous renseignements s'adresser au D<sup>r</sup> Vermeylen, 28, rue Saint-Bernard, à Bruxelles.

---

# TABLE DES MATIÈRES

## DOUZIÈME SÉRIE

TOMES I ET II. — JANVIER-DÉCEMBRE 1926

### Chroniques

Des garanties et précautions avant la sortie des aliénés, par M. A. RODIET, tome I, p. ....	5
L'Assistance psychiatrique au Canada, par M. R. CHARPENTIER...	97
Le prochain Congrès des Aliénistes et Neurologistes (Genève-Lausanne, 2-7 août 1926), par M. R. CHARPENTIER .....	193
David Richard, directeur de Stéphanfeld, ami de Lamennais et converti, par M. Paul COURBON.....	289
Une proposition de loi sur les Services ouverts, par M. Eugène RAIGA .....	393
Eloge de Ball (Benjamin) (1834-1893), par M. R. SEMELAIGNE, tome II, p. ....	5
La psychose d'Eugène Hugo, par X. ABÉLY .....	97
Le XXX <sup>e</sup> Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes, Genève-Lausanne (2-7 août 1926), par M. Paul COURBON.....	193
Les précurseurs de Pinel, par M. René SEMELAIGNE .....	289
Au Canada Français. Le Congrès de Montréal (21-24 septembre 1926), par M. René CHARPENTIER.....	385

### Articles originaux

J. CAPGRAS et X. ABÉLY. — Le délire interrogatif, tome I, p. ....	12
REVAULT D'ALLONNES. — L'hallucination .....	43
G. HALBERSTADT. — Contribution à l'étude des hallucinations chroniques .....	100
P. COURBON. — Chirurgie et psychiatrie .....	113
M. NATHAN. — Schizoïdie, imagination et mythomanie.....	140
M. PASTUREL. — Arthritisme et épilepsie .....	200
H. FLOURNOY. — La clinique psychiatrique d'Adolf Meyer .....	214
G. ROBIN. — Les haines familiales en pathologie mentale .....	309
J. RAYNIER et X. ABÉLY. — L'interdiction et la protection des personnes .....	403
P. SCHIFF. — Paralysie générale juvénile. Hérité similaire .....	417
A. WIZEL. — Les formes frustes de la schizophrénie .....	425
M. NATHAN. — Le doute de soi-même, tome II, p. ....	21
H. DAMAYE. — Schizophrénie et démence précoce .....	34
F.-J. FARNELL. — L'administration d'iode par la voie intra-veineuse, notamment dans les affections cérébrales et cérébro-spinales.....	38

P. CARRETTE. — François Doublet et la psychiatrie au temps de Louis XVI.....	119
J. LEYRITZ. — Sur un cas d'hallucinosse chronique.....	132
L. REDALIÉ. — Obsessions hallucinatoires. Leur importance pour l'étude de la pathogénie des hallucinations.....	211
A. GORDON. — La psychologie de l'art moderne.....	219
M.-W. BOVEN. — La complexion des schizophrènes. Faits et hypothèses touchant les rapports du physique et du moral dans la schizophrénie.....	308
M.-G. HEUYER. — Le devinement de la pensée et contribution à l'étude de l'origine organique de l'automatisme mental....	321, 406
M.-H. BOUYER. — Notes pour servir d'introduction à l'étude positive des hallucinations.....	432

## Société Médico-Psychologique

<i>Séance du 28 décembre 1925. — ASSEMBLÉE GÉNÉRALE. — Elections.</i>	
— SÉANCE ORDINAIRE. — Les états maniaques d'origine psychique, par MM. G. Robin, M. Cénac et J. Durand-Saladin. Discussion : MM. Dumas, Cénac, Santenoise, Laignel-Lavastine. — La notion d'incurabilité en aliénation mentale, d'après l'art. 1569 du code civil allemand, par M. A. Prince. Discussion : MM. Trénel, Arnaud, Demay, Roubinovitch, Laignel-Lavastine, tome I, p. ....	56
<i>Séance du 26 janvier 1926. — Correspondance : M. Christiansen. Réunion de la Société Suisse de Psychiatrie. — Allocution de M. Roubinovitch, président sortant. — Allocution de M. Sollier, président pour 1926. — Rapport de la Commission des Finances. — Prix de la Société. — Psychose de compensation chez un schizoïde, par MM. Laignel-Lavastine et P. Kahn. Discussion : MM. Robin, Sollier, Colin, Roubinovitch, Legrain, Kahn, Guiraud, Laignel-Lavastine, Minkowski.....</i>	
	151
<i>Séance du 22 février 1926. — A propos du mariage des malades internés. Un cas d'espèce, par M. H. Beaudouin. Discussion : MM. Dabout, Semelaigne, Legrain, Trénel, Arnaud, Dupain, Beaudouin, Truelle. — Démence précoce, schizophrénie, schizoïdie, par M. E. Minkowski. Discussion (renvoyée à la prochaine séance). — Confusion mentale datant de plus de deux ans, guérie à la suite d'une injection de térébenthine, par MM. P. Guiraud et Ch. Chanès.....</i>	
	232
<i>Séance du 29 mars 1926. — Proposition d'un vœu concernant la rédaction des certificats d'internement et de transfert, par MM. H. Claude et G. Robin. — A propos de la schizoïdie et de la schizophrénie, par M. H. Claude. Discussion : MM. Mallet, Claude. — Remarques critiques sur la schizophrénie de Bleuler, par MM. P. Guiraud et H. Ey. — L'autisme hypocondriaque et l'indifférence sexuelle chez les schizomanes, par M. R. Dupouy. Discussion : M. Minkowski.....</i>	
	330
<i>Séance du 26 avril 1926. — Présentation d'ouvrage (P. Christian-sen : « Les tumeurs du cerveau »), par M. Trénel. — Consti-</i>	

tution syntone suivie pendant plusieurs générations, par X. et P. Abély. — A propos de la délivrance des médicaments hypnotiques, par M. H. Beaudouin. Discussion : MM. Sollier, Legrain, Revault d'Allonnes, Dupouy, Trénel. — Démence précoce, schizophrénie, schizoïdie (suite de la discussion) : Mme F. Minkowska, MM. Guiraud, Claude, Roubinovitch, Trénel, Colin, Minkowski. — Faits exacts pris pour un délire, par M. Rebierre.....	452
<i>Séance du 31 mai 1926.</i> — Correspondance : MM. Capgras, Viggo-Christiansen, Montassut, Cénac, Bersot. — Rapport de M. Capgras sur la candidature de M. Paul Carrette ( <i>Élection</i> ). — Lettre du Comité de la Société médico-psychologique de Genève. — Éloge de Benjamin Ball : Réponse de M. le Dr A. Benjamin Ball. — Hallucinations lilliputiennes dans un syndrome hébéphrénique, par MM. G. Demay et H. Beaudouin. — Hallucinations lilliputiennes dans un cas de démence précoce, par M. R. Leroy. Discussion : MM. P. Janet, Hesnard, Dumas, Trénel, Charpentier, Revault d'Allonnes. — Cénestopathie et périodicité, par MM. P. Bailey, M. Montassut et M. Cénac, tome II, p.....	50
<i>Séance du 28 juin 1926.</i> — Correspondance : MM. Sollier, Legrain, Carrette. — Rapport de M. Trénel sur la candidature de M. Viggo Christiansen ( <i>Élection</i> ). — Rapport de M. Trénel sur la candidature de M. Cénac ( <i>Élection</i> ). — Rapport de M. Leroy sur la candidature de M. Montassut ( <i>Élection</i> ). — Les symptômes liminaires de la démence précoce, par M. X. Abély. Discussion : MM. Laignel-Lavastine, Roubinovitch, Trénel, Leroy. — Les rapports de la morphologie humaine avec les types psychopathiques, par M. F.-I. Wertheimer. Discussion : MM. Laignel-Lavastine, Wertheimer. — Méningite de type tuberculeux guérie à la suite d'un abcès de fixation, par M. Revault d'Allonnes. Discussion : MM. Anglade, Roubinovitch, Revault d'Allonnes, Marchand, Marie, Arnaud. — Un cas de délire d'interprétation intuition, par M. Schiff.....	142
<i>Séance du 26 juillet 1926.</i> — Correspondance : MM. Tretiakoff, Bussard, Cénac, Montassut, Moll. — Les faux délires, par M. P. Courbon. Discussion : MM. Briand, de Clérambault, Guiraud, Trénel, Courbon. — Automatisme mental. Délire spirite et spiritisme, par M. P. Schiff. Discussion : M. Sollier.....	230
<i>Séance du 25 octobre 1927.</i> — Nécrologie : MM. Maurice Mignard et André Collin. — Correspondance : MM. Paul Courbon, Société suisse de psychiatrie. — Anniversaire de la mort de Pinel (25 octobre 1926), par M. René Semelaigne. — Rapport de M. René Charpentier sur la candidature de M. Tretiakoff ( <i>élection</i> ). — Nouveau cas d'état de mal épileptique mortel au cours du traitement par le gardénal, par MM. L. Marchand et J. Picard. Discussion : MM. Dupouy, Trénel, Marchand. — Une enquête médico-sociale sur le suicide à Paris, par Mlle Suzanne Serin. Discussion : MM. Roubinovitch, Sollier et Mlle Serin.....	344

*Séance du 29 novembre 1927.* — Correspondance : MM. Guiraud, Logre, Heuyer, Bouyer, Bersot. — Mort de Mme Lemerrier. — Rapport de M. R. Charpentier sur la candidature de M. Paul Courbon (*élection*). — Un cas d'automatisme mental post-onirique chez un enfant, par M. G. Heuyer et Mlle Badonnel. Discussion : MM. de Clérambault, Sollier, Legrain, Rayneau ..... 447

## Analyses

Bibliographie et analyses, tome I, p.....	85, 182,	274
— — — — — tome II, p. ....	73, 250, 364,	460

## Réunions et Congrès

XII <sup>e</sup> Congrès des Médecins et naturalistes polonais, Section psychiatrique, tome I, p.....	172
Congrès de Médecine légale des 27, 28 et 29 mai 1926, tome II, p...	84
Section criminologique de la réunion de 1925 de l'Institut d'anthropologie (Strasbourg).....	175
Compte rendu du XXX <sup>e</sup> Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, Genève-Lausanne (2-7 août 1926).....	257
Première session des Psychanalystes de France et des pays de langue française.....	286
La VII <sup>e</sup> Réunion neurologique .....	378

## Sociétés Savantes

Société clinique de Médecine mentale, tome I, p. 93, 189, 281, 375,	479
— — — — — tome II, p... 88, 186, 255,	463
Société de Psychiatrie, t. II, p.....	90, 188, 374, 465
Société belge de Médecine mentale, t. II, p. ....	376, 468

## Variétés

Décrets, Arrêtés ministériels et préfectoraux. Distinctions honorifiques, Nominations et promotions, Nécrologie, Concours,			
tome I, p. ....	95, 191, 285, 377	481	
tome II, p. ....	93, 190, 287, 382,	470	
Prix de la Société Médico-Psychologique, années 1927, 1928, tome I, p.		191	
Prix de l'Académie de Médecine décernés en 1926, tome II, p. ....		470	



# TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES (1)

- Académie de médecine ; prix 1926, II, 470.  
— nomination, I, 285.
- Académie des sciences ; nomination, I, 285.
- Alcool ; dosage dans le sang et diagnostic de l'ivresse, II, 84.
- Alcoolisme ; ses causes psychologiques, I, 91.
- Alexie, II, 366.
- Angoisse, névrose alcaline, II, 279.
- Anthropologie ; institut de Strasbourg, section criminologique ; 1925, II, 175.
- Anxiété, manie, confusion ; rôle du choc thérapeutique, II, 91.  
— et émotions, II, 280.
- Aphasie transcorticale et langage des aliénés, II, 366.
- Armée ; maladies mentales, I, 377 ; II, 377.
- Art moderne ; sa psychologie, II, 249.
- Assistance :  
— Services ouverts ou placement volontaire sous le régime de la loi de 1838, I, 393.  
— Services ouverts dans les asiles, II, 252.  
— Services ouverts ; proposition de loi, I, 481.  
— Malades des quartiers de sûreté, II, 178.  
— Garanties devant entourer les sorties des aliénés, I, 4.  
— Sortie prématurée dans les états confusionnels, II, 276.  
— Assistance psychiatrique au Canada, I, 97.  
— Assistance psychiatrique dans la province de Québec, II, 280.  
— Asile de Dziekanka, I, 278.  
— Clinique psychiatrique de Adolf Meyer, I, 244.
- Doublet François et la psychiatrie au XVIII<sup>e</sup> siècle, II, 449.
- Automatisme mental ; son origine organique ; devinement de la pensée, II, 324, 406.  
— post-onirique chez un enfant, II, 452.  
— et délire spirite, II, 240.  
— et organicité, II, 466.
- Babinski (signe de), II, 266, 284.
- Ball. Eloge de, II, 5.
- Basedow (maladie de) ; étiologie, traitement, II, 281.
- Canada français ; congrès de Montréal, 1926, II, 385.
- Caractère ; facteurs endocriniens, II, 279.
- Catatonie ; localisation cérébrale, II, 279.
- Certificats d'internement et de transfert, vœu, I, 330.
- Cerveau et cœur, II, 75.
- Cénesthopathie et périodicité, II, 70.
- Chemins de fer (employés) ; aliénation mentale, I, 158.
- Chirurgie et psychiatrie, I, 443.
- Choc ; voir manie.
- Cœur ; voir cerveau.
- Commotionnelle (psychose), II, 366.
- Concours :  
— décrets de concours des médecins d'asiles et de la Seine, I, 486.  
— Médecins de la Seine ; annonce, I, 387.  
— résultats 1926, II, 191.  
— recours en Conseil d'Etat, I, 384.  
— Médecins d'asiles ; annonce, I, 383.

(1) Les chiffres en égyptiennes se rapportent aux chroniques, articles originaux, communications à la Société Médico-Psychologique.

- résultats 1926, II, 190.
- internat de la Seine, I, 387.
- agrégation psychiatrique, I, 388.
- Confusion mentale ancienne guérie par abcès de fixation, I, 267.
- Confusion, manie, anxiété ; rôle du choc thérapeutique, II, 91.
- Congrès :
  - aliénistes 1926 ; programme I, 193, 388 ; chronique, II, 193 ; compte rendu, II, 257.
  - Médecine légale ; programme 1926, I, 288 ; compte rendu, II, 84.
  - de Montréal (Canada français) 1926, II, 285.
  - de médecine polonais (section psychiatrique), I, 172.
- Criminalité infantile ; prophylaxie, répression, II, 181.
- Criminologie (voir anthropologie).
- Délinquance. — Non limitation de la peine des récidivistes, II, 180.
- délinquance des mineurs ; sélection, II, 175.
- Démences ; études comparées, II, 177.
- Démence précoce :
  - symptômes liminaires, II, 147 (voir hétérophrénie, schizophrénie).
- Devinement de la pensée et automatisme mental, II, 321, 406.
- Divorce et aliénation mentale ; projet de loi, II, 94.
- Doublet François et la psychiatrie au XVIII<sup>e</sup> siècle, II, 119.
- Doute de soi-même, II, 21.
- Eaux minérales ; modes d'action, II, 83.
- Emotivité et imagination ; pathologie, I, 88.
- Encéphalite épidémique :
  - spasmes oculaires, II, 281.
  - crises toniques oculogyres, II, 465.
- réflexes, II, 283.
- forme frustre, II, 374.
- et parkinsonisme très tardif, II, 283.
- parkinsonisme et perversions instinctives, II, 465.
- parkinsonisme ; thérapeutique, I, 172.
- hystérie, II, 189.
- schizophrénie, I, 172, II, 365.
- suicide, II, 374.
- Enfants. — troubles mentaux, II, 371 (voir, automatisme mentale, criminalité, délinquance, suicide).
- Energétique clinique ; physiopathologie, thérapeutique, II, 81.
- Epilepsie :
  - et automatisme mental, II, 406.
  - myoclonique avec chorée athétose, II, 282.
  - déséquilibre neuro-végétatif, II, 253.
  - et arthritisme, I, 200.
  - et syphilis, II, 284.
  - état de mal au cours d'un traitement par Gardénal, II, 352.
  - et absorption de corps étrangers, II, 469.
  - incapacité professionnelle et inadaptabilité sociale, assistance, II, 466.
  - expérimentale chez le chien, II, 91.
  - acides aminés urinaires, II, 188.
- Esprit humain ; ses opérations cardinales, I, 279.
- Experts. Serment, II, 86.
- Freud. Doctrine, école, homme, II, 76.
- Freudisme. Exposé et critique, II, 77 (voir psychanalyse).
- Glossolalies, I, 90.
- Haines familiales en pathologie mentale, I, 309, II, 275, 466.
- Hallucination (L'), I, 43.

Hallucinations. Etude positive, II, 432.

Hallucinoses chroniques, I, 400, II, 432.

Hallucinatoires (délires), avec obsessions, II, 189.

— lilliputiennes dans l'hébéphrénie, II, 57, 63.

Hébéphrénie et hypertension crânienne, II, 90.

Hématologie clinique, II, 73.

— dans les affections mentales, II, 467 (voir sang).

Hérédité. Tares de 3 familles, I, 175.

Homicide par pitié, II, 91.

Hugo Eugène. Sa psychose, II, 97.

Hygiène mentale, II, 460.

Hypnose en chirurgie, accouchement, I, 275.

Hypnotiques (médicaments), leur délivrance, I, 459.

Imagination et émotivité (traité de Dupré), I, 88.

Imaginatif (délire), médecine légale, II, 374.

Incurabilité en aliénation mentale d'après l'art. 1569 du code civil allemand, I, 79.

Infectieuses (maladies) et troubles mentaux, I, 177.

Infirmières. Cours pour maladies mentales, II, 377.

Insuline ; traitement de l'anorexie et des états de dénutrition, II, 375.

Interdiction et protection des personnes, I, 403.

Interrogatif (délire), I, 42.

Ivresse et dosage de l'alcool dans le sang, II, 84.

Jeu (mythomanie de), II, 274.

Korsakoff (psychose de). Guérison, II, 188.

Lèpre (voir polynévrite).

Lilliputiennes (voir hallucinations).

Malaria. Traitement des psychoses, II, 275.

Manie :

— d'origine psychique, I, 57.

— anxiété, confusion ; rôle du choc thérapeutique, II, 91.

— et troubles humoraux, II, 376.

— médecine légale, II, 375 (voir périodicité, syntonie, syphilis).

Mariage des aliénés internés, I, 232.

Médecine légale (voir : alcool, anthropologie, criminalité, divorce, délinquance, encéphalite, épilepsie, experts, homicide, hypnotiques, imaginatif, incurabilité, interdiction, mariage, parricide, prisons, responsabilité, sadisme, suicide, témoignage, vols).

Médecins d'asiles :

— nominations, I, 192, 384.

— Seine, II, 93.

— distinctions honorifiques, I, 286, II, 192, 345.

Mémoire. Ses cadres sociaux, I, 182.

Méningite : type tuberculeux guérie par abcès de fixation, II, 469.

Meurtre d'une surveillante par un aliéné, II, 471.

Militaire (service) (voir armée).

Mongolisme ; étiologie, II, 285.

Moral (sens) ; altérations au début des troubles psychiques, II, 365.

Morphologie ; variations du corps humain, II, 74.

— rapports avec les types psychopathiques, II, 464 (voir schizophrénie).

Myopathie : origine et thérapeutique, I, 274.

Mythomanie, imagination, I, 440 (voir jeu).

Nécrologie : Boiteux, I, 95 ; Deswartz, II, 471 ; Collin, Mignard, II, 287, 344 ; Kræpellin, Mott, II, 383.

Neurologie :

— VII<sup>e</sup> réunion, Paris, II, 378.

— consultations journalières, II, 251.

- signe de Babinski, II, 266, 284.
- phénomène de Piotrowski, I, 180.
- Obsessions et délire hallucinatoire, II, 189.
- Obsessions hallucinatoires, II, 241.
- Occipital (lobe) ; lésion bilatérale, II, 365.
- Onirisme et automatisme mental, II, 452.
- Opéothérapie endocrinienne, II, 83, 368.
- Ovariennes (greffes) dans les états psychopathiques, II, 90.
- Paralyse générale :
  - P. G. juvénile et conjugale, II, 90.
  - formes paranoïdes, II, 254.
  - P. G. juvénile. Hérité similaire, I, 447.
  - P. G. et hérédité, II, 183.
  - Nouvelles méthodes de traitement, II, 372.
  - traitement par malaria, II, 274.
  - traitement intrarachidien, II, 285.
- Parkinsonisme ; kinésie paradoxale, I, 85.
- Parricide en pathologie mentale, I, 90.
- Passionnelle (psychose), II, 468.
- Périodicité (voir cénesthopathie, schizophrénie).
- Pinel :
  - Ses précurseurs, II, 289.
  - anniversaire de sa mort, II, 346.
  - deux de ses malades, II, 279.
- Polynévrite (psychose) chez un lépreux, I, 146.
- Prisons psychiatriques, II, 179.
- spécialisées suivant les délits, II, 180.
- Prophylaxie mentale, institut, dispensaire, II, 288.
- Pseudo-délire. Faits exacts pris pour un délire, I, 473.
- Pseudo-délires, II, 231.
- Psychanalyse (voir Freud, rêves, schizophrénie).
- Psychanalistes de France. Réunion, 1926, II, 287.
- Psychiatrie :
  - clinique de Strasbourg ; travaux 1924-25, II, 365, 366.
  - d'urgence ; manuel, I, 92.
- Psychique (mystère), II, 74.
- Psychologie. Ses fondements biologiques, II, 77.
- année psychologique 1924, II, 79.
- Queue de cheval (syndrome de la), II, 364.
- Rachis (fracture), laminectomie, II, 285.
- Religieuse (folie), II, 365.
- Responsabilité, I, 179.
- Rêves et psychanalyse, II, 76, 369.
- Richard David, I, 289, II, 281.
- Rousseau J.-J., I, 14, 25.
- Sadiques (faux), II, 276.
- Sang ; étude morphologique, biologique, clinique, I, 188.
- Schizoïdie et psychose de compensation, I, 459.
- imagination, mythomanie, I, 440.
- Schizomanie. Autisme hypocondriaque et indifférence sexuelle, I, 365.
- Schizophrénie :
  - remarques critiques, I, 355.
  - théorie et valeur clinique, I, 173.
  - théorie psychanalytique et instinctiviste, II, 277.
  - conscience avec apragmatisme sexuel, II, 374.
  - rapports entre la pensée et la vie affective, I, 276.
  - stéréotypies, symbolisme, II, 365.
  - perte de contact vital avec la réalité, II, 370.
  - autisme, II, 277.
  - auto-conduction, II, 276.
  - mémoire, II, 275.
  - rapports du physique et du moral, II, 279, II, 308.
  - formes frustrées, I, 180, 425.

- schizophrénies périodiques, II, 366.
- et paraphrénies, I, 176.
- et schizoïdie, démence précoce, I, 253, 463.
- et schizoïdie, I, 332.
- et démence précoce, II, 34.
- démence précoce et tuberculose, II, 279.
- et encéphalite épidémique, I, 172, II, 365.
- schizophrénie, I, 178, 277, II, 257.
- thérapeutique des états d'excitation, I, 178.
- thérapeutique, II, 280.
- Sclérodémie et maladie de Raynaud, II, 285.
- Sclérose en plaques et traumatisme, II, 282.
- Société clinique de médecine mentale* : déc. 1925, I, 93 ; janvier 1926, I, 189 ; février, I, 281 ; mars, I, 375 ; avril, I, 479 ; mai, II, 88 ; juin, II, 189 ; juillet, II, 254 ; novembre, II, 463.
- Société médico-psychologique* :
  - Assemblée générale déc. 1925, I, 56 ; janvier 1926, I, 151 ; février, I, 232 ; mars, I, 330 ; avril, I, 452 ; mai, II, 50 ; juin, II, 142 ; juillet, II, 230 ; octobre, II, 344 ; novembre, II, 447.
  - Prix 1926 et 27, I, 157.
  - Prix 1927 et 28, I, 191.
  - Membre titulaire, Courbon, II, 448.
  - Membres correspondants : Cénac, II, 143 ; Montassut, II, 145.
  - Membres étrangers : Christiansen, II, 142 ; Tretiakoff, II, 350.
- Société de psychiatrie* : mai 1926, II, 90 ; juin, II, 188 ; octobre, II, 374 ; novembre, II, 465.
- Société belge de médecine mentale* : sept. 1926, ; nov., II, 468.
- Société suisse de psychiatrie* : 70<sup>e</sup> réunion, programme, II, 382.
- Société de psychiatrie de Genève* : II, 52.
- Spiritisme et automatisme mental, II, 240.
- Suicide. Enquête médico-sociale à Paris, II, 356 (voir encéphalite).
- Syntonie. Constitution syntone suivie dans plusieurs générations, I, 454.
- Sympathique ; déséquilibre neuro-végétatif et épilepsie, II, 253 (voir choc, énergétique, tonus, vagotonie).
- Syphilis et automatisme mental, II, 418.
- héréditaire, alcoolisme, hallucinose, II, 375.
- héréditaire et psychose périodique, II, 188 (voir paralysie générale).
- Temps. Son évolution dans certains troubles mentaux, II, 461.
- Témoignage des psychopathes, II, 87.
- Thérapeutique. Iodure intraveineux dans les affections cérébrales, II, 38.
- par le travail, II, 270.
- par vaccin de Delbet, II, 373.
- Tonus végétatif et murmure vésiculaire, II, 92.
- Traumatisme cérébral, II, 250.
- Tuberculose du cervelet, II, 366.
- Tuberculose pulmonaire ; débuts, II, 73.
- Tumeurs cérébrales et troubles mentaux, II, 366.
- et automatisme mental, II, 406.
- I, 452, II, 75.
- Vagotonies, sympathicotones, neurotonies, II, 82.
- Vestibulaires (troubles) consécutifs à des injections cervicales, II, 283.
- Vois de jouissance momentanée, II, 188.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS<sup>(1)</sup>

- Abély X., I, 12, 403, 454 ; II, 97, 147.  
Adam Fr., II, 285.  
Anglade, II, 171.  
Arnaud, I, 83, 251.  
Arsimoles, II, 178.  
Arthus, II, 278.  
Aubry, II, 183.  
Badonnel (Mlle), II, 452.  
Bailey, II, 70, 91.  
Barré, II, 283.  
Baruk, II, 366, 374, 465.  
Bauer, II, 284, 374.  
Beaudoin, I, 232, 459 ; II, 57.  
Berezowski, I, 172.  
Bérsot, II, 280.  
Bielawski, I, 172, 277.  
Bleuler, II, 257.  
Bloch, II, 90.  
Boncour P., II, 175.  
Bornszajn, I, 173.  
Bouchard, II, 461.  
Bouyer, II, 432.  
Boven, II, 308.  
Bowen, II, 279.  
Briand, II, 238.  
Brun, I, 175.  
Bychowski, I, 176.  
Capgras, I, 12.  
Carrette, II, 97.  
Ceillier, II, 91, 188, 466.  
Cénac, I, 57, 90 ; II, 70, 280, 374, 466.  
Chanes, I, 267.  
Charles L., II, 366.  
Charpentier R., I, 97, 193 ; II, 69, 385.  
Chataignon, II, 374.  
Christiansen, II, 75.  
Claude H., I, 330, 332, 470 ; II, 91, 259.  
De Clérambault, II, 238, 456.  
Celin H., I, 168, 471.  
Cornélius, II, 278.  
Cornil, II, 183.  
Courbon, I, 113, 289 ; II, 181, 193, 231, 281.  
Crouzon, II, 282.  
Cullerre (Mlle), I, 90.  
Dabout, I, 250.  
Damaye, II, 34.  
Darville, II, 74.  
Demay, I, 84 ; II, 57, 271, 372.  
Donaggio, II, 283.  
Draganesco, II, 283.  
Dubreuil-Chambardel, II, 74.  
Dumas, I, 78 ; II, 69.  
Dupain, I, 251.  
Dupouy, I, 365, 462 ; II, 189, 355, 374.  
Dupré, I, 88.  
Durand-Saladin, I, 57.  
Euzières, II, 283.  
Ey, I, 355.  
Fano, II, 75.  
Farnell, II, 38.  
Filassier, I, 92.  
Flournoy, I, 214.  
Forel, II, 275.  
Freud, II, 369.  
Fribourg-Blanc, II, 275.  
Gelma, II, 179, 365, 366.  
Gilles, II, 276.

(1) Les chiffres en égyptiennes se rapportent aux chroniques, articles originaux, communications à la Société Médico-Psychologique.

- Jordon A., II, 249.  
 Guillaume, II, 82.  
 Guiraud, I, 169, 267, 355 ; II, 238.  
 Gruszecka, I, 276.  
 Halberstadt, I, 400.  
 Halbwachs, I, 182.  
 Hesnard, II, 68, 277.  
 Heuyer, II, 324, 406, 452, 466.  
 Janet P., II, 66.  
 Jarkowski, I, 84.  
 Jost, II, 366.  
 Kahn, I, 459 ; II, 279.  
 Krüger, II, 365, 366.  
 Lacroix-Dupouy, II, 252.  
 Ladame, II, 271.  
 Laemmer, II, 368.  
 Laforgue, II, 76.  
 Laignel-Lavastine, I, 79, 84, 159 ; II, 159, 166, 188, 278, 465.  
 Lamache, II, 189, 375.  
 Lapinski, I, 177.  
 Laroche G., II, 83, 368.  
 Laumonnier, II, 77.  
 Legrand, II, 92.  
 Legrain, I, 91, 168, 251, 462 ; II, 456.  
 Leroy, II, 63, 160.  
 Lévy-Valensi, II, 188.  
 Ley, II, 376.  
 Leyritz, II, 432.  
 Lhermitte, II, 77.  
 Lignières, II, 189.  
 Lion, II, 283.  
 Maier, II, 280.  
 Male, II, 374.  
 Mallet, I, 354.  
 Marchand, II, 173, 250, 284, 352.  
 Marie A., II, 90, 173.  
 Marie J., II, 188.  
 Markuszewicz, I, 178.  
 Martin E., II, 86.  
 Martinet, II, 81.  
 Mathieu P., II, 83.  
 Mignard, II, 276.  
 Miller, II, 280.  
 Milliait, I, 279.  
 Minkowska, I, 463.  
 Minkowski, I, 169, 253, 370, 472 ; II, 276, 370.  
 Minkowski, II, 285.  
 Mira, II, 280.  
 Molin de Teyssieu, II, 276.  
 Montassut, II, 70, 91.  
 Morlaas, II, 465.  
 Münch, II, 365, 366.  
 Nathan, I, 140 ; II, 21.  
 Netter, II, 467.  
 Pages, II, 283.  
 Pasturel, I, 200.  
 Péron, II, 364.  
 Perret, II, 285.  
 Perrin, II, 83.  
 Petit G., II, 374.  
 Peyre, I, 446.  
 Pfersdorff, II, 177, 371.  
 Picard, II, 352.  
 Piéron, II, 79.  
 Piotrowski, I, 178, 278.  
 Platonoff, I, 275.  
 Pôrot, II, 90.  
 Potet, II, 460.  
 Prengowski, II, 373.  
 Prince, I, 79.  
 Prugniaud, II, 370.  
 Raffin, II, 91.  
 Raffin, II, 188.  
 Raiga E., I, 393.  
 Rayneau, II, 456.  
 Raynier, I, 403.  
 Rebierre, I, 473.  
 Reboul-Lachaux, II, 281.  
 Redalié, II, 244.  
 Renoux, II, 182.  
 Requin (Mlle), II, 374.  
 Revault-d'Allonnes, I, 43, 462 ; II, 69, 169.  
 Ribadeau-Dumas, II, 73.  
 Rieux, II, 73.  
 Robin G., I, 57, 167, 309, 330 ; II, 275, 280, 406.

- Rodiet, I, 1.  
 Rodriguez Arias, II, 280.  
 Roger, II, 281.  
 Rogues de Fusac, II, 87.  
 Roubinovitch, I, 84, 168, 471 ;  
 II, 159, 172, 362.  
 Santenoise D., I, 78 ; II, 92.  
 Schiff, I, 447 ; II, 90, 240, 467.  
 Sebeck, II, 284.  
 Seix, II, 280.  
 Semelaigne, I, 251 ; II, 5, 289.  
 Serin (Mlle), II, 254, 356.  
 Siemionkin, I, 180.  
 Sizaret J., II, 253.  
 Sollier, I, 168, 461 ; II, 248,  
 363, 456.  
 Sonn, II, 90.  
 Steck, II, 279.  
 Strasser, II, 280.  
 Taigowla, II, 189, 375.  
 Tcherback, I, 274.  
 Tinel, II, 91, 189, 465.  
 Toulouse, II, 90, 276, 467.  
 Tournay, II, 251, 266.  
 Trénel, I, 82, 251, 463, 471 ; II,  
 69, 160, 238, 355.  
 Truelle, I, 252.  
 Valence, II, 90, 188.  
 van Bogaert, II, 282.  
 van der Scheer, II, 285.  
 Velvosky, I, 275.  
 Vermeylen, II, 274, 468.  
 Vervaeck, II, 377.  
 Vidacovitch, II, 92.  
 Vielledent, II, 84.  
 Vieux, II, 281.  
 Vinchon, II, 278.  
 Weismann, II, 467.  
 Wertheimer, II, 464.  
 Wiener, II, 284.  
 Wittels, II, 76.  
 Wizel, I, 180, 425.  
 Wladiczko, II, 285.




---

*Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.*

---